31

Synthèse
critique

Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux

Hélène Desrosiers

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08477-6

IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LES COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX: LES VÉRITABLES ENJEUX

Hélène Desrosiers
Septembre 1987

ERRATA

Dans les pages 14 et 15, concernant les taux de croissance annuels moyens,

au lieu de 12,6 %	il faut lire:	1,26 %
14,9 %		1,49 %
1,6 %		0,16 %
5,8 %		0,58 %
26,0 %		2,6 %

TABLE DES MATIÈRES

Page

REMERCIEMENTS i

LISTE DES TABLEAUX ii

LISTE DES ANNEXES iv

LISTE DES GRAPHIQUES v

LISTE DES SIGLES vi

INTRODUCTION 1

PARTIE I: PROBLÉMATIQUE 3

1. VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE 4

1.1 Augmentation de l'effectif et du pourcentage de personnes âgées 4
1.2 Comparaisons internationales 5
1.3 Croissance exceptionnelle des 75 ans et plus 8
1.4 Féminisation du troisième âge 8

2. LES DÉPENSES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX POUR LES PERSONNES AGÉES 10

2.1 Importance des dépenses publiques de santé chez les 65 ans et plus 10
2.2 Dépenses du MSSS consacrées aux personnes âgées 12

3. VIEILLISSEMENT ET COÛTS FUTURS DES SOINS 13

3.1 Le "statu quo". 13

3.1.1 Tendances prévisibles pour le Canada 13
3.1.2 Tendances prévisibles pour le Québec 14

3.2 Évolution des coûts en proportion du PIB (produit intérieur brut) 15

3.2.1 Situation pour le Canada 16
3.2.2 Situation pour le Québec 17

3.3 Conclusion: les limites du "statu quo" 17

Page

PARTIE II: Le "STATU QUO" REVISÉ 19

4. ÉVOLUTION RÉCENTE DE LA CONSOMMATION DES SERVICES DE SANTÉ PUBLICS PAR LES PERSONNES AGÉES AU QUÉBEC (1980-1985) 21

4.1 Accroissement différentiel des dépenses médicales . . . 21
4.2 Évolution des services médicaux 23

4.2.1 Les contacts-patients 25

4.3 Un recours plus grand aux soins spécialisés 28
4.4 Services hospitaliers et d'hébergement 30

4.4.1 Évolution des taux d'hospitalisation (C.H.C.D.) . 30
4.4.2 Évolution de la durée de séjour 33
4.4.3 Impact possible sur l'affectation des ressources . 33
4.4.4 Les services d'hébergement 34

4.5 Les services à domicile 36
4.6 Le programme pharmaceutique de la R.A.M.Q. 37

5. CARACTÉRISTIQUES ET CONDITIONS DE VIE DES AINÉS 41

5.1 Allongement de la durée de la vie 41
5.2 Age, morbidité et incapacité 42

5.2.1 Évolution de l'état de santé: diversité des scénarios 45
5.2.2 Évolution passée de l'espérance de vie en bonne santé (E.V.B.S.) 48

5.3 Facteurs liés à l'état de santé des futurs aînés: quelques illustrations 51

5.3.1 Niveau socio-économique 51
5.3.2 Habitudes de vie 54

5.4 En conclusion: que nous réserve l'avenir? 55

6. LE RECOURS AUX SOINS 57

6.1 État de santé vs utilisation des services 57
6.2 Évolution des motifs d'hospitalisation(1980-1985) . . 57
6.3 Les besoins de santé 61

Page

6.3.1 Les restrictions d'activité 61
6.3.2 Les besoins d'assistance 63
6.3.3 Perspectives 64

6.4 Impact de certains facteurs environnementaux sur la demande de soins 64

6.4.1 Niveau d'instruction 65
6.4.2 Conditions de logement 66
6.4.4 Ressources d'aide informelles 67

7. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE: MODALITÉS D'ORGANISATION DU SYSTÈME SOINS 71

7.1 Recours à des soins plus intensifs 71
7.2 Évolution des effectifs médicaux 71
7.3 Développement technologique 72

PARTIE III: LE CONTROLE DES COÛTS 73

8. QUELQUES SOLUTIONS PROPOSÉES 74

8.1 Désinstitutionnalisation 76

8.1.1 Services de maintien à domicile 76
8.1.2 Soins de répit 78
8.1.3 Système de coordination des ressources 79

8.2 Quelques expériences novatrices auprès de personnes âgées 80

CONCLUSION 83

ANNEXE 84

BIBLIOGRAPHIE 86

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier monsieur Gilles Picard, documentaliste au ministère de la Santé et des Services sociaux et madame Ginette Langevin de la Commission Rochon pour leur collaboration à la recension des écrits.

Nous remercions également madame Sylvie Dillard et monsieur André-Pierre Contandriopoulos pour leurs remarques et commentaires.

Nous désirons également exprimer notre reconnaissance à messieurs Michel Roy et Claude Sicotte pour les entretiens qu'ils nous ont accordés ainsi qu'à messieurs André Bergeron et François Camirand.

Nos remerciements vont également à madame Lucie Lapointe pour le travail de dactylographie. A toutes ces personnes, nous adressons nos sincères remerciements.

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1 :	Proportion de personnes âgées dans la population totale, Québec, 1901-1986 et projections jusqu'à l'horizon 2061, scénario moyen	5
Tableau 2 :	Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus Québec, Canada, États-Unis, diverses années et projections pour 2001 et 2021	6
Tableau 3 :	Indicateurs démographiques chez la population âgée, Québec, 1981 et projections pour certaines années	9
Tableau 4 :	Dépenses publiques de santé selon la catégorie de soins et le sexe chez les personnes de 0-64 ans et chez celles de 65 ans et plus, Québec, 1980-1981	11
Tableau 5 :	Évolution des coûts des services médicaux par participant selon l'âge et le sexe des bénéficiaires, rémunération à l'acte, Québec 1980-1985	22
Tableau 6 :	Évolution de la consommation des services médicaux, par groupe d'âge et sexe, rémunération à l'acte, Québec, 1980-1985	24
Tableau 7 :	Évolution des coûts des services médicaux selon le sexe, l'âge du bénéficiaire et la catégorie de médecins, régime d'assurance-maladie, rémunération à l'acte, Québec, 1980-1985	29
Tableau 8 :	Variation des taux d'hospitalisation de courte durée par 1000 habitants, selon le sexe et l'âge, Québec, de 1980-81 à 1984-85	31
Tableau 9 :	Personnes hébergées selon l'âge, Québec, 1979 à 1983	36
Tableau 10:	Profil de la clientèle des services à domicile, CLSC, 1984-85	38
Tableau 11:	Taux de participation, nombre et coût des ordonnances par participant selon le sexe et l'âge chez les 65 ans et plus, Québec, 1985	39

Page

Tableau 12: Prévalence des problèmes de santé selon leur nature pour certains groupes d'âge, Québec, 1978-1979 44

Tableau 13: L'univers de l'évolution possible de l'état de santé 47

Tableau 14: Journées d'hospitalisation de courte durée selon le diagnostic chez les hommes de 65 ans et plus, Québec, 1984-1985, versus 1980-1981 59

Tableau 15: Journées d'hospitalisation de courte durée selon le diagnostic chez les femmes de 65 ans et plus, Québec, 1984-1985 versus 1980-1981 60

Tableau 16: Espérance de vie sans confinement ou sans perte d'autonomie à 65 ans 62

LISTE DES ANNEXES

Page

1. Journées d'hospitalisation de courte durée et durée moyenne de séjour dans les CHCD selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1984-85, versus 1980-81 84

LISTE DES GRAPHIQUES

		Page
Graphique 1:	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus par rapport à la population totale, Canada et Québec, 1931 à 2006	7
Graphique 2:	Nombre de contacts-patients par habitant selon l'âge, hommes, Québec, 1972, 1979 et 1985 . . .	26
Graphique 3:	Nombre de contacts-patients par habitant selon l'âge, femmes, Québec, 1972, 1979 et 1985 . . .	27
Graphique 4:	Variation entre 1980-81 et 1984-85 des taux d'hospitalisation par 1000 habitants selon les groupes d'âge, Québec, hommes, femmes	32
Graphique 5:	Courbe de mortalité observée et courbes hypothétiques de morbidité, d'incapacité et d'utilisation des soins de longue durée pour les femmes vivant aux États-Unis en 1980	50

LISTE DES SIGLES

A.C.A.Q.	:	Association des centres d'accueil du Québec.
B.S.Q.	:	Bureau de la Statistique du Québec.
C.A.H.	:	Centre d'accueil d'hébergement.
C.A.S.F.	:	Conseil des Affaires sociales et de la famille.
C.H.C.D.	:	Centre hospitalier de courte durée.
C.H.L.D.	:	Centre hospitalier de longue durée.
C.L.C.S.	:	Centre local de services communautaires.
C.R.E.D.E.S.	:	Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la santé.
M.A.S.	:	Ministère des Affaires sociales.
M.S.S.S.	:	Ministère de la Santé et des Services sociaux.
R.A.M.Q.	:	Régie de l'Assurance-maladie du Québec.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population que l'on observe depuis le début des années 60 et qui s'accélérera au cours des prochaines années, suscite des préoccupations grandissantes chez les planificateurs de santé. L'Association des centres d'accueil du Québec (1986: 24) soulignait à cet égard la nécessité de changements majeurs dans le système de santé "afin de faire face aux défis posés par le phénomène du vieillissement de la population".

Le seul jeu des forces démographiques suffirait-il à mettre en péril les équilibres financiers? Bien entendu, les personnes âgées de 65 ans et plus consomment une part disproportionnée des ressources du système de santé et des services sociaux. Les demandes de plus en plus fortes de placement en établissement, l'engorgement des salles d'urgence, l'alourdissement général des clientèles seraient-ils quelques-uns des effets du vieillissement démographique sur le système de soins? En réalité, l'équation entre vieillissement démographique et consommation accrue des services semble loin d'être si simple non plus qu'évidente. Les études les plus récentes sur le sujet, montrent qu'un ensemble fort complexe de variables sont susceptibles d'influencer cet impact au cours des années à venir.

Le texte qui suit porte sur l'impact du vieillissement sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux au Québec.

Au travers d'une analyse de l'évolution récente de la consommation des services de santé et services sociaux par les personnes âgées, et des variables liées à cette consommation, ce document vise à fournir des balises de réflexion sur les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des ressources de santé par les aînés de demain.

La première partie brosse un profil de l'évolution démographique des personnes âgées au Québec et des dépenses publiques consacrées aux 65 ans et plus. Par la suite, sont présentées les tendances prévisibles de l'accroissement des coûts du système de santé et des services sociaux compte tenu des prévisions canadiennes et, en particulier, québécoises.

Dans un quatrième chapitre, nous analysons certaines caractéristiques de l'évolution récente de la consommation des services de santé et des services sociaux, tandis que la partie suivante s'attarde à spéculer sur ce que risquent d'être l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées de demain, à partir des données québécoises et étrangères.

Enfin, le dernier volet de ce document se penche sur les problèmes inhérents à l'organisation actuelle des soins dispensés aux personnes âgées et illustre, à partir de diverses expériences étrangères, les possibilités de limiter la croissance des coûts à ce chapitre.

PARTIE I

PROBLÉMATIQUE

1. VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE[1]

Parmi les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé et des services sociaux dans les années à venir, le vieillissement de la population apparaît sans doute le plus prévisible.

Depuis les dernières décennies, en raison surtout de la chute de la natalité amorcée au début des années 60 et, dans une moindre mesure, de l'amélioration des taux de survie, la population québécoise comme celle de nombreux pays occidentaux est en voie de vieillissement. D'une des sociétés les plus jeunes d'Occident, le Québec se verra propulser, à long terme, au rang des pays à vieillissement avancé.

1.1 Augmentation de l'effectif et du pourcentage de personnes âgées

L'augmentation du nombre de personnes âgées n'est pas récente. De 1901 à 1985, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus s'est vu multiplié par huit passant de 78,419 à 634,800. Au tournant du siècle, cette population pourrait atteindre 915,000 et en 2031, plus de 1,5 million. A cette date, l'effectif de la population âgée atteindra un sommet puisqu'il sera formé, en grande partie, des générations nombreuses nées à la fin des années 50.

Le phénomène de vieillissement démographique relativement nouveau que l'on observe au Québec, résulte en fait d'une croissance beaucoup plus rapide de personnes âgées que de la population générale. De 1986 à 2006, le groupe des 65 ans et plus devrait augmenter 6,6 fois plus rapidement que l'ensemble de la population québécoise, ce qui entraînera des modifications importantes de la pyramide des âges.

Telles que l'illustrent les données du tableau 1, de 1901 à 1961, la proportion des 65 ans et plus s'accroît très peu (1%). L'accélération du vieillissement est cependant manifeste depuis le début des années 60: la proportion de personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population passe de 5,8% en 1961, à 8,8% en 1981 et atteint 9,9% en 1986. De 1981 à 2031, le processus de vieillissement sera de loin supérieur (hausse de 14,5 points) à celui connu au cours des cinquantes années précédentes (4 points).

---

1. Cette section s'inspire largement du document suivant: Gauthier, H./B.S.Q., Les personnes âgées au Québec, 1986.

1.2 Comparaisons internationales

Cette accentuation du vieillissement n'est pas particulière au Québec mais le rythme de croissance que l'on y observe depuis le début des années 50 apparaît nettement plus rapide que chez nos voisins du sud. Si l'on se réfère au tableau 2, la population du Québec, jusqu'à maintenant plus jeune que celle de l'ensemble du Canada ou celle des États-Unis pourrait être plus vieille en 2021.

Dès 2006, à cause de l'émigration et d'une fécondité légèrement inférieure, la population du Québec sera aussi vieille que celle du reste du Canada (Mathews, 1984). Les 65 ans et plus formeront alors 14% de la population totale (graphique 1). Cette proportion, inquiétante à première vue, demeure toutefois en-deça de celle observée en 1981, dans des pays tels, le Danemark (14,5%), la République fédérale d'Allemagne (15,6%) et la Suède (16,4%) (MAS, 1985a).

Tableau 1

Proportion de personnes âgées dans la population totale, Québec, 1901-1986 et projections jusqu'à l'horizon 2061, Scénario moyen

Année	%	Année	%
1901	4,8	1991	11,3
1911	4,6	2001	12,9
1921	4,6	2006	13,7
1931	4,8	2011	15,1
1941	5,3	2021	19,2
1951	5,7	2031	23,3
1961	5,8	2041	23,0
1971	6,9	2051	22,6
1981	8,8	2061	22,9
1986	9,9		

Source: Tiré de H. Gauthier, 1986, pp. 36 et 44.

Tableau 2

Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus
Québec, Canada, États-Unis,
diverses années et projections pour 2001 et 2021

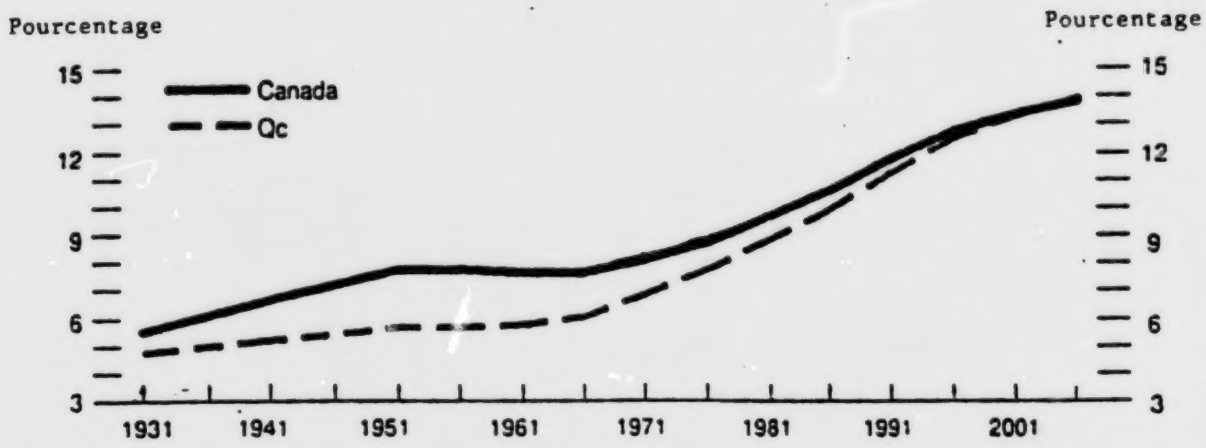
Année	Québec	Canada	États-Unis
1950	-	-	8,1
1951	5,7	7,8	-
1961	5,8	7,6	-
1971	6,9	8,1	-
1981	8,8	9,7	11,3
2001*	12,9	13,6	13,1
2021*	19,2	19,6	17,3

* Scénario moyen du B.S.Q.

Sources: André-Pierre Contandriopoulos et Anne Lemay, 1986, p.89;
H. Gauthier, 1986, p.51

GRAPHIQUE 1

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus
par rapport à la population totale,
Canada et Québec, 1931 à 2006(1)



(1) Les données pour la période allant de 1986 à 2006 représentent les moyennes des dernières projections les plus élevées et les plus basses de Statistiques Canada.

Source: L.O. Stone et S. Fletcher, 1986, graphique 2.4.

1.3 Croissance exceptionnelle des 75 ans et plus

Ces dernières années, les personnes âgées de 65 ans et plus ont connu une hausse exceptionnelle de leur espérance de vie. Au Québec, près des deux tiers (63%) de l'allongement total de la durée de vie des hommes de 65 ans et environ le tiers (32,6%) des années gagnées par les femmes de cet âge depuis 1931, ont été obtenus au cours de la période 1976-1984. En corollaire, les 75 ans et plus occupent une part de plus en plus importante dans l'ensemble de la population âgée. Ce groupe qui, en 1961, constituait 33% des aînés, en représentait 35% en 1981 et 37,6% quatre ans plus tard (Gauthier, 1986).

Selon les plus récentes projections du Bureau de la Statistique du Québec, hommes et femmes de 75 ans et plus connaîtront des niveaux de croissance très élevés au cours des 15 prochaines années: leur proportion parmi le groupe de 65 ans et plus grimpera à 44% en 2001 et à 50% en 2061 (voir tableau 3). Une longévité accrue pourrait toutefois majorer de telles proportions.

1.4 Féminisation du troisième âge

Les aînés de demain seront surtout des femmes. L'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes s'est élargi depuis les trois dernières décennies: cet écart entre les sexes qui, en 1951, s'établissait à 1,4 année passe à cinq années en 1984. A cette date, l'espérance de vie des hommes de 65 ans se chiffre à 14,3 années alors qu'elle s'établit à 19 années du côté féminin.

La surmortalité masculine croît par ailleurs avec l'âge. En 1985, il y avait 71 hommes pour 100 femmes chez les personnes de 65 ans et plus et 56 chez les 75 ans et plus. En 2001, si l'évolution se poursuit, le rapport de masculinité chutera à 65 au-delà de 65 ans, tandis que chez les 75 ans et plus, il n'y aura plus qu'un homme pour deux femmes.

En somme, le Québec sera, au cours des prochaines décennies, le théâtre d'une croissance extrêmement rapide du vieillissement. Non seulement, la proportion de la population âgée doublera-t-elle d'ici 2021, mais une portion plus considérable des aînés fera partie du "quatrième âge". Les modifications à venir à ce chapitre proviendront en grande partie des femmes, ce qui laisse présager une féminisation de plus en plus marquée de la population âgée. Nul doute que ces modifications entraîneront des répercussions importantes sur de nombreux plans.

Tableau 3

Indicateurs démographiques chez la population âgée
Québec, 1981 et projections pour certaines années

Année	65 ans et plus		Proportion dans la population totale	Rapport masculinité (3)	Proportion de 75 ans et plus
	Hommes '000	Femmes '000	%		
1981	236	333	8,8	71	35,0
1991	303	453	11,3	67	39,5
2001	361	554	12,9	65	44,1
2031	644	964	23,3	67	44,9
2061	540	827	22,9	65	49,8

3. Nombre d'hommes pour 100 femmes.

Source: Tiré de H. Gauthier, 1986, pp.44 - 47-48.

2. LES DÉPENSES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX POUR LES PERSONNES AGÉES

2.1 Importance des dépenses publiques de santé chez les 65 ans et plus

Il est généralement reconnu que les personnes âgées, et particulièrement la portion très âgée de cette population, accaparent une part disproportionnée des ressources du système de soins. En 1980, les 65 ans et plus représentaient environ 8,7% de la population québécoise mais drainaient 37,4% des dépenses publiques de santé, soit 15,1% par les hommes et 22,3% par les femmes (Camirand, 1983).

Cette surconsommation apparaît toutefois beaucoup plus marquée au niveau des services institutionnels. Ainsi, en 1980, la population de 65 ans et plus mobilisait 60% des ressources pour les soins en établissements de long terme contre 31% de celles encourues dans les centres hospitaliers de courte durée et 15% seulement des coûts des soins médicaux ambulatoires (Levasseur, 1983).

Tel que présenté au tableau 4, en 1980-81, le coût per capita était 6,3 fois plus élevé chez les personnes âgées que chez les 0-64 ans.[4] En comparaison, ce rapport se situe à 3,9 aux États-Unis, et à 4,7 en Ontario (Camirand, 1983). Une telle différence serait attribuable au poids des ressources institutionnelles dans l'ensemble des services dispensés aux 65 ans et plus. Ainsi, en 1980-1981, 6,4% des personnes âgées au Québec étaient hébergées soit en centres hospitaliers ou en centres d'accueil. Par comparaison, des pays, tels les États-Unis, l'Angleterre ou l'Autriche enregistrent des taux d'institutionnalisation inférieurs à 5% et ce, en dépit de leur population plus vieille (C.A.S.F., 1984; Walker, 1986).

---

4. Les données actualisées par le Conseil des Affaires sociales et de la famille chiffrent à plus de 3000 $ per capita les dépenses totales de santé chez les personnes de 65 ans et plus en 1985 par comparaison à 1000 $ per capita pour l'ensemble de la population.

Tableau 4

Dépenses publiques de santé selon la catégorie de soins et le sexe, chez les personnes de 0-64 ans et chez celles de 65 ans et plus, Québec, 1980-1981

Catégorie de soins	0 - 64 ans			65 ans et plus		
	H	F	Total	H	F	Total
	Dépenses per capita en $					
Soins dans les hôpitaux de courte durée [5]	201	265	233	1 209	998	1 085
Soins en établissements de long terme [6]	74	63	69	1 028	1 364	1 221
Soins médicaux ambulatoires [7]	74	113	94	170	167	169
Autres [8]	22	37	29	164	182	174
Total	371	478	424	2 570	2 712	2 652

5. Soins donnés aux malades admis dans les hôpitaux de courte durée.

6. Soins aux personnes dans les hôpitaux de soins prolongés, les unités d'accueil d'hébergement et de réadaptation des hôpitaux, les centres d'accueil (70%) d'hébergement pour personnes âgées et les centres d'accueil de réadaptation physique ou mentale.

7. Services médicaux en cabinet ou en consultation externe de l'hôpital.

8. Cette catégorie comprend les services dentaires, ophtalmologiques, le coût des médicaments et appareils, assumés par l'État.

Source: Tiré de F. Camirand, 1983b, section 6.

2.2 Dépenses du MSSS consacrées aux personnes âgées

En 1982-1983, 28,6% des dépenses du réseau des Affaires sociales (6 712 237 000 $) étaient affectées aux personnes âgées (M.A.S., 1985a). Le coût des services offerts aux personnes âgées par les centres hospitaliers, soit en clinique externe ou en interne, s'élevait à 640,6 $ millions. Cette somme inclut le financement de 5000 lits de soins de longue durée et 27 000 lits de soins de courte durée, dix cliniques externes de gériatrie et trois unités gériatriques de courte durée.

L'hébergement institutionnel, en particulier, accapare une part importante du montant alloué aux 65 ans et plus. En 1982-1983, on y retrouvait 41,920 personnes âgées. Le budget affecté aux institutions (pavillons, centres d'accueil d'hébergement et centres hospitaliers de soins de longue durée) totalisait alors 810 $ millions [9], soit plus de 50% des sommes consacrées au troisième âge (M.A.S., 1985a).

Les ressources intermédiaires occupent une part modeste dans un tel ensemble. En 1983-1984, les services à domicile offerts aux personnes âgées, ont occasionné des déboursés de 34 $ millions, soit à peine 4,2% du total des dépenses en hébergement institutionnel et environ 2% du budget total consacré aux 65 ans et plus. Par ailleurs, le ministère accorde 8,7 millions au réseau des centres de services sociaux pour le recrutement, l'évaluation, l'accréditation, la formation et le suivi de familles d'accueil pour les personnes âgées. Au 31 mars 1983, les familles offraient le gîte à 2685 personnes âgées.

Finalement, les instances publiques accordent une aide financière aux mouvements bénévoles et autres initiatives communautaires. Ainsi, en 1984-1985, la subvention accordée aux organismes bénévoles s'établit à 4,5 millions comparativement à 1,5 millions cinq ans auparavant. Même si une part importante de cette somme est affectée aux organismes impliqués auprès de personnes âgées, les données disponibles ne permettent toutefois pas de distinguer la part de subventions qui leur est exclusivement consacrée.

---

9. A cette somme, il faudrait par ailleurs ajouter le coût des services médicaux dispensés en centre d'accueil d'hébergement ou en centre hospitalier de soins de longue durée.

3. VIEILLISSEMENT ET COÛTS FUTURS DE SOINS

3.1 Le "statu quo"

Au cours des dernières années, plusieurs études ont évalué l'incidence du vieillissement sur les coûts futurs des soins de santé et des services sociaux. La plupart de ces projections visent essentiellement à estimer l'impact du seul jeu des forces démographiques sur la croissance future de la demande en services. Un tel exercice s'appuie sur la structure actuelle des dépenses et assume qu'aucun changement ne surviendra dans le système de dispensation des services ou autres facteurs liés à la consommation. Plus précisément, les hypothèses sur lesquelles sont fondées ces projections sont les suivantes:

- les générations futures de personnes âgées seront dans les mêmes conditions que celles d'aujourd'hui (état de santé, revenu, éducation, etc.);

- les comportements de recours aux soins demeureront inchangés.

Les principales conclusions auxquelles ont abouti ces études sont les suivantes:

i. Les effets majeurs du vieillissement sur l'utilisaton du système de santé et des services sociaux se feront sentir tranquillement jusqu'au tournant du siècle, puis, plus rapidement par la suite.

ii. Ces répercussions se produiront surtout dans le secteur des services institutionnels: alors que l'on prévoit une hausse d'environ 0,3% par personne pour les services médicaux, les dépenses du secteur institutionnel devraient augmenter d'environ 1,4% par année. En conséquence, les dépenses hospitalières en soins de longue durée devraient connaître le même niveau d'expansion qu'au cours des années 60, dans un contexte toutefois de ralentissement de la croissance économique.

3.1.1 Tendances prévisibles pour le Canada

Statistique Canada estime que le seul vieillissement démographique occasionnera une hausse des coûts d'hospitalisation de 35,9% de 1981 à 2001, et de 86,7% de 1981 à 2031 (Lefebvre et al., 1979). Les coûts engendrés par l'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus augmenteraient de 1981 à 2001, 1,6 fois plus rapidement que ceux imputables à l'ensemble de la population canadienne, tandis que de 1981 à 2031 ces coûts se verraient multipliés par plus de deux fois.

Plus récemment Watson (1984) et Woods Gordon (1984), ont prévu que la seule modification de la structure par âge et sexe ferait croître les coûts des services de santé d'environ 75% d'ici 2021, ce qui représente un taux de croissance annuel de 1,4%. Le modèle utilisé par Watson

(1984) laisse entrevoir une hausse de 44% des lits d'hôpitaux d'ici 2001, et une autre de 27% pour la période 2001-2021. La hausse des lits pour soins de longue durée serait sans précédent dans le domaine des soins de santé: le modèle prolongeant le "statu quo" imposerait la construction de mille établissements de 300 lits pour soins de longue durée, soit le double de lits actuellement au service de la population âgée.

Selon Woods Gordon (1984), la hausse serait nettement plus faible pour les services médicaux. En réalité, l'augmentation annuelle évaluée à 0,93% se situerait nettement en-deça de celle enregistrée au cours des années 70 (Barer et al., 1986). La plus forte poussée surviendrait dans les secteurs des soins à domicile et des soins de longue durée (augmentation annuelle de près de 2%) tandis que les hôpitaux généraux et établissements psychiatriques enregistreraient des taux de croissance annuels respectifs de 1,6% et 1,3%. Dans tous les cas, plus de la moitié de l'accroissement surviendrait d'ici 2001.

Sur une période de quarante ans (1981-2021), les changements projetés se traduiraient par les augmentations suivantes: 47% du nombre de médecins, 87% du nombre de lits dans les hôpitaux généraux, 11% du nombre de lits dans les hôpitaux de soins prolongés, 35% du nombre de lits dans les hôpitaux à vocation psychiatrique et de 121% du nombre d'infirmiers-ères affectés-es aux soins à domicile. A ces hausses correspondrait l'addition de 118,000 lits dans les hôpitaux généraux et de 276 000 lits dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (Woods Gordon, 1984).

En Ontario, un groupe d'étude sur le vieillissement a également estimé à près de 70% la croissance future des dépenses de services de santé dispensés aux personnes âgées, faisant ainsi passer le budget alloué à ce titre à environ 1,5$ milliard de dollars courant en 2001 (Secrétariat aux Affaires sociales, 1981).[10]

3.1.2 Tendances prévisibles pour le Québec

Au Québec, Bélanger (1986) a quantifié l'effet du vieillissement démographique sur les dépenses publiques de santé. Sous le seul effet des modifications dans la structure par âge et sexe, les dépenses de santé passeraient de 3024 milliards de dollars à environ 4200 milliards, entre 1981 et 2006. Le taux de croissance annuel moyen de telles dépenses s'établirait entre 12,6% et 14,9% selon le scénario démographique. Par comparaison, le niveau de croissance moyen de la population se situerait entre 1,6% et 5,8%. Au cours de la période étudiée, le

---

10. Pour une revue de littérature plus complète sur le sujet, on pourra se référer à Angus (1986).

niveau de croissance annuel moyen des dépenses pour les soins de longue durée s'élèverait à environ 26%, soit un niveau entre 3,0 et 4,8 fois supérieur aux dépenses consacrées aux services médicaux et environ deux fois plus élevé que celui des dépenses allouées aux soins de courte durée.

Selon le modèle de projection utilisé, en 2006, les 75 ans et plus représenteront en 2006 entre 6,1% et 6,7% de la population mais accapareront près de 29% des coûts. Les dépenses en soins de longue durée consacrées à la population de ce groupe d'âge pourraient plus que doublées entre 1981 et 2006 passant de 125 millions de dollars à plus de 300 millions.[11]

Par ailleurs, parce qu'elles seront plus nombreuses et plus âgées que les hommes, les femmes mobiliseront une plus grande part des dépenses de santé. Le pourcentage des dépenses affectées aux femmes passera de 51,3% en 1981 à environ 53,5% en 2006 dans le cas de soins de courte durée et de 54,5% à 60,1% dans le cas des soins de longue durée. Étant moins sensible aux changements de la structure par âge de la population que les services hospitaliers, le pourcentage des services médicaux destinés aux femmes variera par contre très peu au cours de cette période.

3.2 Évolution des coûts en proportion du PIB (produit intérieur brut)

Contrairement aux études mentionnées précédemment certaines ont tenté d'établir un rapport entre l'augmentation des coûts futurs au titre de la santé et, d'autre part, la capacité des contribuables à payer pour ces services.

---

11. Ces résultats ne concernent que les journées passées en département de soins prolongés dans des établissements de courte durée et excluent les bénéficiaires en centre d'accueil. Bélanger (1986) a tenté de compléter ces résultats à l'aide de données sur les établissements de long terme. En supposant que ces données réflètent bien l'ensemble des journées d'hospitalisation pour soins de longue durée, le coût pour l'ensemble des services de santé passerait de 595 $ par habitant en 1981 à 805 $ dans le cas du scénario faible, et à 851 $ dans le cas du scénario fort, soit une hausse de 35% à 43% d'ici 2006. Par comparaison, la hausse des coûts par habitant, telle que réflétée par les données provenant des établissements de court terme se situerait entre 25% et 31%.

3.2.1 Situation pour le Canada

Dans une étude récente, le Fonds monétaire International (1986) s'est penché sur cette question. Utilisant un cadre d'analyse plus dynamique que celui retenu dans nombre d'exercices de ce genre, les auteurs ont envisagé différents scénarios d'évolution des dépenses sociales sur la base d'hypothèses se rapportant aux facteurs suivants: 1) la croissance des coûts des biens et services publics relativement à celle du niveau général des prix (effet de prix relatif); 2) l'évolution du poids démographique des différents groupes d'âge; 3) l'évolution de la couverture du programme; 4) la croissance des dépenses réelles per capita des bénéficiaires; 5) la croissance de la productivité de la main-d'oeuvre; 6) l'évolution des taux d'activité des différents groupes d'âge; 7) l'évolution des taux de chômage des différents groupes d'âge. L'originalité de cette démarche tient aussi à ce qu'elle est axée sur l'ensemble des dépenses publiques susceptibles d'être affectées par les changements démographiques: la santé, l'éducation, les transferts aux personnes âgées (sécurité de vieillesse, supplément de revenu garanti et régimes publics de pension). Ceci apparaît fort important puisqu'une hausse dans un secteur peut être contrebalancée par une diminution dans un autre champ des dépenses publiques.

Les résultats obtenus pour le Canada indiquent que, quel que soit le scénario choisi, la part des dépenses sociales dans le PIB diminuera cumulativement de 2 à 3 unités de pourcentage entre 1980 et 2010. La part des dépenses de santé connaîtra bien une hausse au cours de cette période, mais elle sera inférieure à la réduction prévue des dépenses dans d'autres sphères sociales (éducation, allocations familiales, prestation d'assurance-chômage et même ... transferts aux personnes âgées). Ces résultats sont basés sur l'hypothèse d'un taux de croissance annuel de la productivité de 1,5%, ce qui serait conforme aux prévisions canadiennes pour le moyen terme (10 ans) (Fortin et Fortin, 1986).

Entre 2010 et 2025, au moment de l'arrivée massive de la génération du baby-boom dans les rangs des personnes âgées, la part des dépenses sociales dans le PIB augmenterait légèrement (de trois à quatre unités de pourcentage selon le scénario choisi).

Somme toute, pour toute la période étudiée (1980-2025), l'augmentation des dépenses sociales en proportion du PIB demeurerait relativement modeste comparativement à la situation observée dans certains pays européens ou au Japon (FMI, 1986).

3.2.2 Situation pour le Québec

Le Québec consacrait en 1984, 9,2% de sa richesse collective au secteur de la santé, soit un pourcentage supérieur à la moyenne canadienne (8,5%). Au cours des quinze dernières années, il a réussi toutefois à contrôler le rythme d'augmentation de ces dépenses mieux que la plupart des autres provinces ou pays.

En effet, au cours des dix dernières années, que ce soit par rapport à l'ensemble du budget de la province ou par rapport au produit national brut (PNB), les dépenses québécoises dans le domaine de la santé et des services sociaux sont demeurées, à toutes fins pratiques, relativement stables (ACAQ, 1986), ce qui n'est pas le cas pour l'ensemble du Canada et encore moins pour les États-Unis. La part du secteur de la santé dans l'ensemble du secteur public québécois a même diminuée, passant de 25% en 1970 à 20% en 1982. Par contre, durant cette période, la part des dépenses consacrées aux services sociaux augmentait légèrement, soit, de 14% à 18% (Contandriopoulos et Lemay, 1986), en raison principalement du développement des centres d'accueil.

Mathews (1984) estime par ailleurs que l'évolution des dépenses publiques dans leur ensemble, qu'il s'agisse de sécurité du revenu, des soins de santé ou du logement sera, au cours des vingt-cinq prochaines années, entièrement compensée par la réduction du nombre de jeunes attribuable à la sous-fécondité.[12] Entre 2001 et 2031, moment où les premières générations du baby boom atteindront l'âge de la retraite, le coût des programmes actuels pour les jeunes et les personnes âgées pourrait toutefois passer de 12 à 18% de la production nationale. Plusieurs facteurs permettraient cependant d'absorber une telle augmentation des dépenses publiques: report de l'âge de la retraite de 65 à 68 ans, croissance économique modérée, amélioration des régimes de retraite publics et privés (Mathews, 1984).

3.3 Conclusion: les limites du "statu quo"

Plusieurs projections de type statu quo laissent entrevoir un accroissement relativement considérable des coûts en matière de santé consécutif au vieillissement de la population. Considérant cette hausse en proportion du PIB et tenant compte de la diminution des coûts projetés

---

12. Cette donnée tient compte du fait qu'actuellement le coût social d'une personne âgée est à peu près le double de celui d'un jeune.

dans d'autres sphères publiques, la croissance prévue serait toutefois nettement moins alarmante.

Depuis quelques années, de nombreuses critiques ont d'ailleurs été formulées à l'endroit de ces prévisions. Certains, (Walker, 1986; Barer et al., 1986) mentionnent que, de toutes les formes de prévisions sociales, celles reposant sur les données démographiques semblent les moins fiables puisqu'elles utilisent diverses hypothèses concernant la fécondité, la mortalité et l'immigration. Fortin et Fortin (1986) ont par ailleurs mis en évidence divers facteurs liés aux comportements économiques et au processus politique qui pourraient modifier "l'évolution à court terme et le niveau à long terme du fardeau fiscal lié au vieillissement": propensions à épargner et à investir, évolution des taux de salaire et des taux d'activité spécifique à chaque âge, rationalisation ou privatisation de certains services, modification du pouvoir politique des différents groupes de la population, etc.

Au chapitre des soins de santé, on peut également reprocher au modèle de type "statu quo" de considérer que les niveaux d'utilisation spécifiques par âge demeureront stables au cours de la période étudiée. Or, durant les prochaines années, des modifications sont fort susceptibles de survenir tant dans l'organisation des soins que dans le profil de santé des personnes âgées ou dans le mode de recours aux soins de ces personnes. Ces transformations conditionneront l'impact du vieillissement démographique sur l'affectation des ressources.

Rice et Feldman (1983: 375) mentionnent à ce propos:

> Changes in levels of morbidity, in therapies and technologies, in the availability and cost of care, in social and economic conditions, will contribute to the patterns and levels of utilization of medical care services, as will mortality rates and changes in the age structure of the population. Some of these factors may work to increase utilization while others may decrease it.

Dans cette optique, on a récemment mis de l'avant l'importance de considérer, outre la seule évolution démographique, l'évolution de la morbidité, ainsi que la relation entre la morbidité et l'utilisation des services médicaux (Barer et al. 1986). C'est là l'objet de la partie suivante.

PARTIE II

LE "STATU QUO" REVISÉ

Dans cette partie, nous discutons de l'effet possible de divers phénomènes sur la croissance des coûts du système de santé et des services sociaux. La première section a pour objet l'évolution récente de la consommation des services de santé et des services sociaux au Québec. Le chapitre suivant tente de décrire le profil de santé et les conditions de vie des personnes âgées de demain. Dans un troisième temps, nous nous penchons sur les facteurs qui, indépendamment de l'état de santé, pourront affecter les comportements de recours aux soins des personnes âgées au tournant du siècle, soit les caractéristiques des aînés (conditions de vie, ressources d'aide informelles) et les modalités organisationnelles du système de soins.

4. ÉVOLUTION RÉCENTE DE LA CONSOMMATION DES SERVICES DE SANTÉ PUBLICS PAR LES PERSONNES AGÉES AU QUÉBEC (1980-1985)

Selon diverses études réalisées tant au Canada (Barer et al, 1986) qu'aux États-Unis (Rice et Feldman, 1983) et en France (CREDES, 1986), deux phénomènes importants caractérisent la consommation médicale des personnes âgées, au cours des quinze dernières années:

1) un accroissement plus rapide des coûts per capita que pour les autres groupes d'âge;

2) le recours de plus en plus grand aux soins spécialisés.

4.1 Accroissement différentiel des dépenses médicales

Divers travaux récents réalisés au Manitoba et en Colombie-Britannique (voir dans Barer et al. 1986) ont observé, souvent à l'intérieur de très courts laps de temps, une hausse beaucoup plus rapide des coûts per capita chez les personnes âgées que chez l'ensemble de la population.

En Colombie-Britannique, par exemple, l'accroissement des coûts per capita, entre 1981-82 et 1983-84, est notable chez les femmes âgées: au-delà de 75 ans le niveau de croissance a été de 10% supérieur à celui de la population. Chez les hommes de 60 ans et plus, le rythme de croissance des dépenses a surpassé de 1 à 5% celui noté chez les consommateurs de tous âges (Barer et Wong Fung, 1985).

Une étude récente réalisée au Manitoba (Evans, Roch et Pascoe, 1986) arrive aux mêmes conclusions pour la décennie 1971-1981; au cours de cette période, le coût des services médicaux par participant âgé de 85 ans et plus s'est accru de 19% plus rapidement que la moyenne alors que le groupe des 65-84 ans a enregistré un taux de croissance plus élevé de 7%.

Si l'on se fie à l'expérience française, on observerait "un rattrapage de la consommation médicale des personnes âgées sous-médicalisées en 1970". (Mizhari et Mizhari, 1985).

Qu'en est-il au Québec? L'examen des données du tableau 5, révèle le profil habituel: la dépense moyenne par consommateur un peu plus élevée en bas âge, diminue dans les groupes d'âge suivants, puis amorce une remontée progressive pour atteindre un sommet chez les 65 ans et plus. Pour chacun des sexes, le coût par participant âgé de 65 ans et plus est environ le double du coût moyen total (colonnes 3 et 4). Par ailleurs, si entre 1980 et 1985, les coûts par participant ont augmenté quelque soit l'âge (colonne 3), règle générale, l'accroissement a été plus rapide pour les personnes âgées de 60 à 64 ans - et les enfants de 1-4 ans - que pour les autres groupes d'âge.

Tableau 5

Évolution des coûts des services médicaux par participant selon l'âge et le sexe des bénéficiaires, rémunération à l'acte, Québec, 1980-1985

Sexe et âge [13]		Coût $			Ratio par rapport au coût moyen		
		1980 (1)	1985 (2)	1985-80 (2)/(1)	1980 (3)	1985 (4)	1985-80 (4)/(3)
Hommes	1-4	96,61	152,04	1,57	0,79	0,79	1,00
	5-9	76,49	111,44	1,46	0,62	0,64	1,03
	10-14	61,21	75,84	1,24	0,50	0,43	0,86
	15-19	67,35	89,01	1,32	0,55	0,51	0,93
	20-24	74,89	100,28	1,34	0,61	0,57	0,93
	25-29	86,65	112,26	1,30	0,71	0,64	0,94
	30-34	85,82	117,61	1,37	0,70	0,67	0,96
	35-39	99,18	135,23	1,36	0,81	0,77	0,95
	40-44	113,94	179,07	1,57	0,93	1,02	1,10
	45-49	112,87	174,16	1,54	0,92	1,00	1,09
	50-54	143,42	186,61	1,30	1,17	1,07	0,91
	55-59	160,01	218,40	1,36	1,31	1,25	0,95
	60-64	146,67	262,93	1,79	1,20	1,50	1,25
	65 ans ou plus	214,10	306,54	1,43	1,75	1,75	1,00
Femmes	1-4	79,27	130,44	1,65	0,65	0,75	1,15
	5-9	65,77	95,95	1,46	0,54	0,55	1,02
	10-14	61,13	84,99	1,39	0,50	0,49	0,98
	15-19	85,87	109,62	1,28	0,70	0,63	0,90
	20-24	125,69	154,88	1,23	1,03	0,89	0,86
	25-29	157,61	198,80	1,26	1,29	1,14	0,88
	30-34	155,73	200,62	1,29	1,27	1,15	0,91
	35-39	151,21	203,40	1,35	1,23	1,16	0,94
	40-44	171,10	198,96	1,16	1,44	1,14	0,79
	45-49	190,54	196,81	1,03	1,55	1,13	0,73
	50-54	158,05	239,90	1,52	1,29	1,37	1,06
	55-59	166,44	211,53	1,27	1,36	1,21	0,89
	60-64	171,37	282,91	1,65	1,40	1,62	1,16
	65 ans ou plus	196,71	296,49	1,50	1,60	1,70	1,06
	Total:	122,57	174,72	1,43			

13. Exclut les moins d'un an.

Sources: Statistiques annuelles de la Régie d'assurance-maladie, 1980, 1985

La dernière colonne du tableau 5 met en évidence l'écart grandissant entre les différentes classes d'âge au chapitre de la consommation médicale. Chez les hommes et femmes de 60 à 64 ans, l'accroissement relatif des dépenses a été environ 20% plus rapide que pour l'ensemble de la population. Le taux de croissance relatif enregistré chez les 65 ans et plus n'a pas été aussi élevé. Un tel résultat aurait sans doute été différent si nous avions disposé de données ventilées par groupes d'âge au-delà de 65 ans.[14] Soulignons par ailleurs que ce portrait demeure également partiel dans la mesure où il ne réflète que l'évolution des coûts des services médicaux dispensés dans le cadre de la rémunération à l'acte.[15]

4.2 Évolution des services médicaux

En 1985, les personnes âgées de 65 ans et plus recevaient 19% de l'ensemble des services médicaux contre 16,2% en 1980. Tel qu'on l'observe au tableau 6, l'accroissement de la consommation des services médicaux chez les personnes âgées fait contrepoids à la baisse enregistrée chez les moins de 15 ans et, chez les femmes, aux âges de la maternité. Cette hausse apparaît notoire chez les 75 ans et plus notamment pour les femmes: au-delà de 75 ans, l'augmentation s'établit à 27,8% du côté masculin et à 32,3% du côté féminin. En comparaison, les taux de croissance observés pour l'ensemble de la population se situent à 6,7% et 2,1% respectivement[16] .

Soulignons qu'en 1985, les personnes âgées de 75 ans et plus accaparaient à elles seules 43,4% de l'ensemble des services médicaux dispensés aux personnes âgées alors qu'elles ne constituaient, à cette date, que 37,3% de cette population (B.S.Q., 1984).

---

14. Les données publiées par la Régie de l'Assurance-maladie du Québec ne sont en effet pas désagrégées au-delà de 65 ans.

15. En 1985, la rémunération à salaire et la rémunération à vacation représentaient respectivement 4,8% et 5,9% des montants versés par la Régie de l'assurance-maladie pour les services médicaux. Entre 1984 et 1985, le coût de ces modes de rémunération a connu des hausses respectives de 13,2% et 11,5% contre 8,4% pour la rémunération à l'acte.

16. Pendant ce temps, la population des 75 ans et plus grimpait d'environ 15% chez les hommes et de 20% chez les femmes alors que les populations masculines et féminines totales enregistraient de faibles hausses soit, 1,9% et 2,3% respectivement (B.S.Q., 1984).

Tableau 6
Évolution de la consommation des services médicaux, par groupe d'âge et sexe, rémunération à l'acte, Québec, 1980-1985

Sexe et groupe d'âge	ANNÉE 1980 N	1980 %	ANNÉE 1985 N	1985 %	1980-1985 %
Hommes					
Moins de 1 an	707 499	3,6	647 936	3,1	- 8,4
1 - 14 ans	3 295 264	16,8	2 390 691	11,4	- 27,5
15 - 24 ans	2 742 487	14,0	3 425 471	16,4	24,9
25 -44 ans	4 846 916	24,8	5 407 354	25,8	11,6
45 - 64 ans	4 672 344	23,9	5 125 668	24,5	9,7
65 - 74 ans	2 089 381	10,7	2 383 629	11,4	14,1
75 ans et plus	1 205 050	6,2	1 539 597	7,4	27,8
Total	19 558 941	100,0	20 920 346	100,0	6,7
Femmes					
Moins de 1 an	599 997	2,1	550 945	1,9	- 8,2
1 - 14 ans	2 832 884	9,8	2 955 520	10,0	4,3
15 - 24 ans	4 564 261	15,8	3 929 848	13,3	- 13,9
25 - 44 ans	9 398 026	32,6	9 364 765	31,8	- 3,5
45 - 64 ans	6 892 586	23,9	7 003 635	23,8	1,6
65 - 74 ans	2 566 210	8,9	3 028 414	10,3	18,0
75 ans et plus	1 974 991	6,9	2 612 801	8,9	32,3
Total	28 828 955	100,0	29 445 928	100,0	2,1

Sources: Statistiques annuelles de la Régie d'assurance-maladie, 1980, 1985

4.2.1 Les contacts-patients

Cet indicateur qu'est le contact-patient permet d'introduire le bénéficiaire par le biais du contact qu'il a avec le médecin.

Depuis le début du régime d'assurance-maladie, les contacts-patients ont connu une hausse moyenne de 3,6% par année attribuable, en majeure partie, à la croissance de l'effectif médical, (en moyenne 3,7% par année)[17]. La R.A.M.Q. (1985) estime que cette hausse, conjuguée à la croissance des coûts par contacts-patients (moyenne annuelle de 5,6%) explique en majeure partie l'augmentation du coût total des services médicaux au cours de cette période.

Selon le conseil des Affaires sociales et de la famille (1984), de 1971 à 1980, le nombre annuel de contacts-patients par habitant a augmenté de 45,6% pour atteindre 5,62. L'accroissement serait plus important chez les 5-14 ans ainsi que chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Tels que l'illustrent les graphiques 2 et 3, le nombre de contacts-patients a toutefois connu une hausse moins forte au cours de la période subséquente (1979-1985). Une seule exception concerne les 55 ans et plus où l'augmentation s'est poursuivie au même rythme que précédemment.

Ne s'appliquant qu'aux soins dispensés dans le cadre de la rémunération à l'acte, cet indicateur ne tient toutefois pas compte de la clientèle de personnes âgées touchée par l'extension de divers autres modes de rémunération (salaire, vacation)[18].

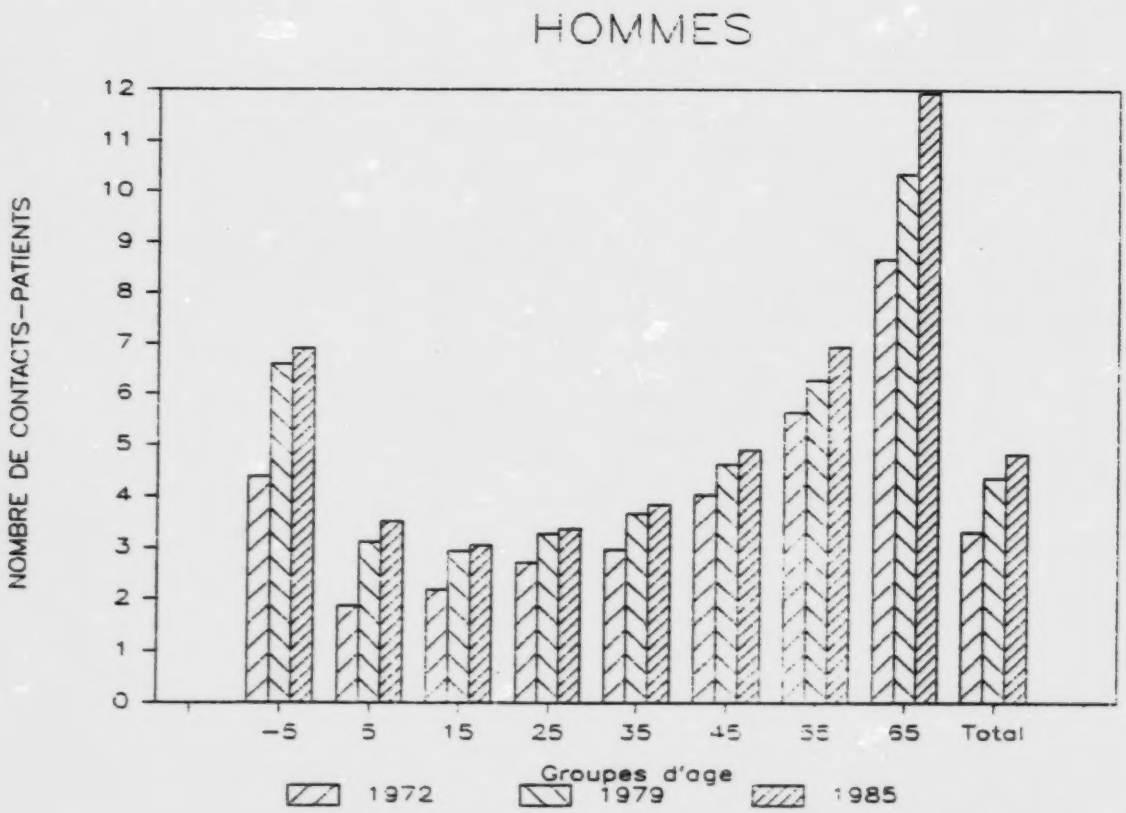
---

17. Depuis l'instauration de l'assurance-maladie, le nombre de médecins rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie a progressé 7 fois plus rapidement que la population du Québec. Cette augmentation a été plus rapide entre 1971 et 1976 et touche davantage les médecins omnipraticiens (R.A.M.Q., 1985).

18. En 1985, la rémunération à salaire et la rémunération à vacation représentaient respectivement 4,8% et 5,9% des montants versés par la Régie de l'assurance-maladie pour les services médicaux. Entre 1984 et 1985, le coût de ces modes de rémunération a connu des hausses respectives de 13,2% et 11,5% contre 8,4% pour la rémunération à l'acte.

Graphique 2

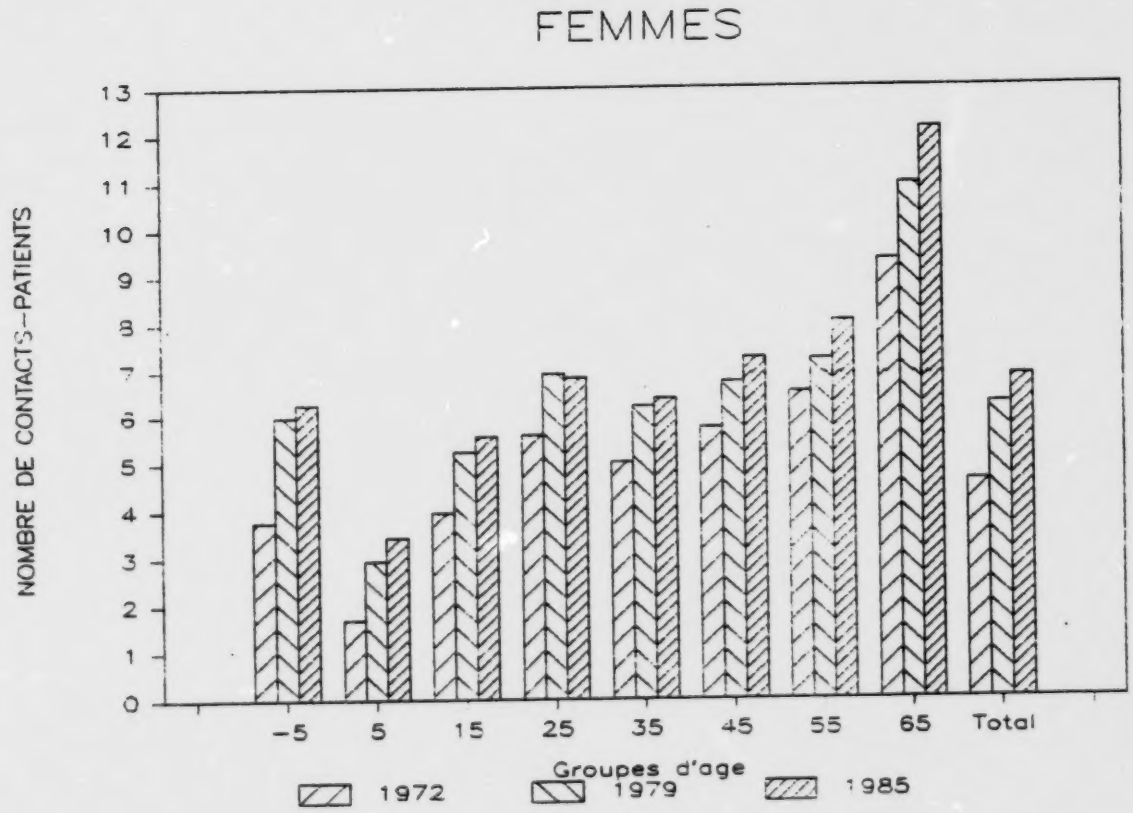
Nombre de contacts-patients par habitant, selon l'âge, hommes, Québec, 1972, 1979 et 1985.



Source: Régie de l'assurance-maladie du Québec. Statistiques annuelles, p. 23.

Graphique 3

Nombre de contacts-patients par habitant, selon l'âge, femmes, Québec, 1972, 1979 et 1985.



Source: Régie de l'assurance-maladie du Québec. Statistiques annuelles, 1985, p. 54.

4.3 Un recours plus grand aux soins spécialisés

Le tableau 7 nous révèle un phénomène important: au-delà de 65 ans, les dépenses consacrées à des soins spécialisés s'accroissent à un rythme plus rapide que celles afférentes aux soins de généralistes, alors que l'inverse prévaut chez les bénéficiaires de moins de 65 ans. D'autre part, cet accroissement est plus marqué chez les femmes: au-delà de 65 ans de telles dépenses ont pratiquement doublé entre 1980 et 1985.

De tels résultats n'apparaissent pas propres au Québec. Selon une étude sur l'évolution de la consommation médicale en France (CREDES, 1986), la part des dépenses consacrées à des soins spécialisés a augmenté plus rapidement chez les personnes âgées que pour les autres adultes au cours de la décennie 70.

Tableau 7

Évolution des coûts des services médicaux selon le sexe, l'âge du bénéficiaire et la catégorie de médecins, régime d'assurance-maladie, rémunération à l'acte, Québec, 1980-1985

Age et catégorie de médecins	Coût					
	1980		1985		1980-85	
	Homme $	Femme $	Homme $	Femme $	Homme %	Femme %
Omnipraticiens et résidents						
0-45	66 738 966	108 220 141	94 379 970	149 430 890	41,4	37,9
45-64	23 498 972	35 771 737	36 381 976	53 848 774	54,8	50,5
65-74	10 665 709	15 180 172	17 344 890	24 643 618	62,6	62,3
75 ans ou plus	7 237 169	13 241 248	12 893 189	24 197 962	78,2	82,7
Total:	108 140 816	172 413 298	161 000 025	252 121 244		
Spécialistes						
0-45	84 179 471	128 078 300	112 758 900	170 422 095	34,0	33,0
45-64	47 483 186	55 979 108	68 978 535	80 771 386	45,3	44,3
65-74	19 586 448	20 677 745	32 958 320	36 163 674	68,3	74,9
75 ans ou plus	9 158 306	11 892 594	17 372 147	24 128 871	89,7	102,9
Total:	160 407 411	216 627 747	232 067 902	311 486 026		

Sources: Statistiques annuelles de la Régie d'assurance-maladie, 1980, 1985.

Selon le CREDES (1986), ces données reflètent le phénomène de "médicalisation des octogénaires"; les personnes très âgées ayant bénéficié plus rapidement du développement des connaissances et techniques médicales et leur diffusion:

> La comparaison sur 10 ans (et même 20 ans lorsqu'elle est possible) de la consommation médicale des personnes âgées fait apparaître un double phénomène: médicalisation des personnes de plus en

> plus âgées et diversification des consommations allant dans le sens d'un recours aux soins plus techniques: quelles que soient les variables étudiées (pourcentage de consommateurs, nombre d'actes, dépenses, etc...), il apparaît que la fréquence et l'intensité du recours aux soins ont augmenté plus vite pour les personnes âgées que pour le reste de la population, notamment en ce qui concerne les soins spécialisés...C'est d'ailleurs pour la génération des sexagénaires de 1960 (devenus septuagénaires en 1970 et octogénaires en 1980) que se manifeste le mieux l'évolution dans les modes de recours aux soins. (CREDES, 1986: 7-8).

Les données présentées dans cette section révèlent donc un accroissement plus rapide de la consommation médicale-exprimée soit en terme de services médicaux ou en nombre de contacts-patients - chez les personnes âgées que pour les autres groupes d'âge, particulièrement chez les femmes âgées de 75 ans et plus. Au chapitre des dépenses médicales toutefois l'écart entre les consommateurs âgés et la moyenne ne s'est pas élargi au cours des dernières années bien que des données plus fines pourraient conduire à des résultats sensiblement différents. Par ailleurs, on observe, depuis 1960, un phénomène important: l'intensification du recours aux soins spécialisés chez les personnes âgées.

4.4 Services hospitaliers et d'hébergement

Les informations récentes disponibles ne nous permettent pas de chiffrer les dépenses affectées aux services hospitaliers selon le groupe d'âge des bénéficiaires. Dans cette section, nous examinerons l'augmentation des niveaux d'utilisation pour ces services.

4.4.1 Évolution des taux d'hospitalisation (C.H.C.D.)

Les données présentées au tableau 8 révèlent les écarts considérables de consommation entre les groupes d'âges et sexes. Les personnes âgées constituent les plus grands utilisateurs de services hospitaliers de courte durée quel que soit le point d'observation considéré. Par ailleurs, les hommes de 65 ans et plus consomment davantage que les femmes du même groupe d'âge - résultat sans doute attribuable en partie à la surmortalité masculine à ces âges et à la morbidité différentielle qui les affectent.

Tableau 8

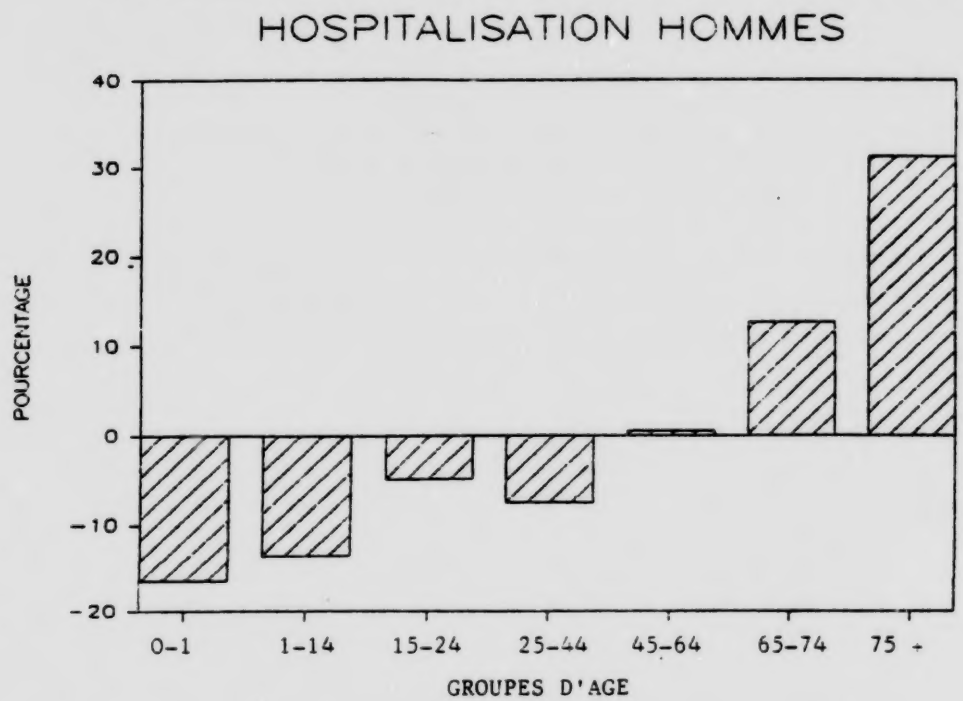
Variation des taux d'hospitalisation de courte durée* / 1 000 habitants, selon le sexe et l'âge, Québec, de 1980-81 à 1984-85

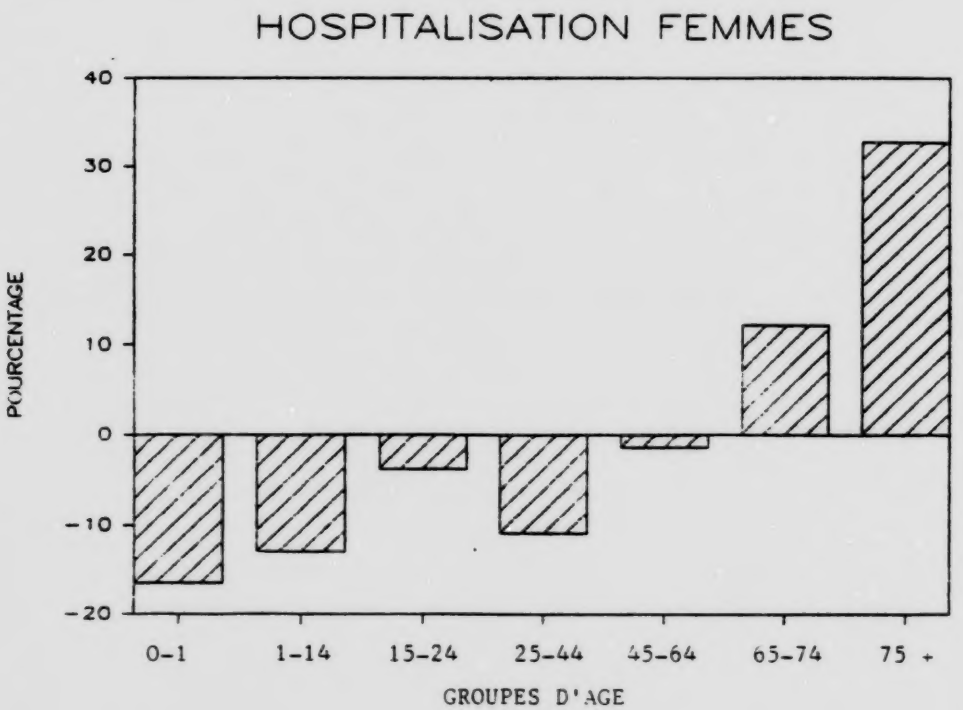
	taux /1000 habitants				% de variation 1984/1980			
	hommes		femmes					
âges	1980	1984	1980	1984	hommes		femmes	
0- 1	1784	1489	1784	1489	-16.5		-16.5	
1-14	288	249	216	200	-13.5		-13.0	
15-24	388	369	687	637	- 4.9		- 3.8	
25-44	564	521	1155	1029	- 7.6		-10.9	
45-64	1595	1587	1473	1452	- .5		- 1.4	
65-74	3589	4045	2788	3125	12.7		12.1	
75 & +	5872	7709	4789	6356	31.3	20,9	32.7	22.4
tous (H+F)			1077	1145		6.3		

* Exclut les séjours pour les nouveaux-nés en santé et certains diagnostics pour bien-portants (les "V" de la CIMA-9) sauf pour les accouchements V22-V24 qui sont inclus.

Source: Med-Echo;
Calculs : Service de l'évaluation - recouvrement de la santé.

GRAPHIQUE 4
Variation entre 1980-81 et 1984-85 des taux d'hospitalisation /1000 habitants, selon les groupes d'âge, Québec, hommes, femmes





Source: tableau 8.

Par ailleurs, le taux de journées d'hospitalisation de courte durée par 1000 habitants passe de 1077 à 1145 entre 1980-81 et 1984-85, soit une augmentation de 6,3% en quatre ans. Les hausses de plus de 20% enregistrées chez les personnes âgées apparaissent considérables. Elles font plus que compenser les baisses de consommation observées dans tous les groupes d'âge plus jeunes, et notamment, chez les moins d'un an (-16,5%). La hausse des taux d'hospitalisation a été particulièrement notoire au-delà de 75 ans: elle s'établit à plus de 30% par comparaison à environ 12%, pour le groupe des 65-74 ans (tableau 8). Par ailleurs, la consommation hospitalière a cru un peu plus rapidemnt chez les femmes que chez les hommes du même groupe d'âge. Cette situation tient, on peut le supposer, à la surreprésentativité féminine aux âges avancés.

4.4.2 Évolution de la durée de séjour (C.H.C.D.)

L'examen de la durée moyenne de séjour, laquelle tient compte de l'effet combiné de la fréquentation hospitalière et du nombre de jours passés à l'hôpital nous fournit certaines indications sur les ressources humaines et matérielles mobilisées par les personnes hospitalisées.

De façon générale, la durée de séjour tend à s'allonger avec l'âge. Les enfants hospitalisés dans les hôpitaux de court séjour séjournent en moyenne une semaine alors que les personnes de 75 ans et plus y demeurent environ 20 jours. Au cours des dernières années, le séjour moyen des 75 ans et plus a cru passant de 18,6 à 21,0 jours entre 1980-81 et 1984-85 alors que les moins d'un an ont vu leur durée de séjour fléchir de 8,4 à 7,5 jours pendant ce laps de temps. Par comparaison le séjour moyen des personnes appartenant aux autres groupes d'âges (y compris les 65-74 ans) a connu une relative stabilité au cours de cette période (voir annexe 1).

4.4.3 Impact possible sur l'affectation des ressources

Si les personnes très âgées (75 ans et plus) affichent des taux d'hospitalisation en C.H.C.D. nettement supérieurs aux autres groupes d'âge et si, par ailleurs, leur niveau d'utilisation s'est accru à un rythme plus rapide au cours des dernières années, faudrait-il pour le moins en conclure que l'accroissement de la part des personnes âgées au sein de la population suscitera une augmentation démesurée des ressources dans les années à venir?

Plusieurs données nous portent à croire que la hausse rapide des taux d'hospitalisation observée chez les personnes âgées, ne saurait être imputable au seul vieillissement démographique. Premièrement, alors que l'on attribue l'augmentation de la consommation médicale, notamment des soins hospitaliers, au troisième âge, certaines études ont démontré qu'une très faible proportion de ce groupe rendait compte de l'utilisa-

tion des ressources hospitalières. Les données de Roos, Shapiro et Ross (1984) indiquent que moins du quart des personnes âgées sont hospitalisées durant une année. En outre, près des deux tiers (59%) des journées d'hospitalisation chez les personnes âgées au cours d'une période d'une année sont attribuables à une faible proportion (5%) d'entre elles admises fréquemment et séjournant de longues périodes.

Deuxièmement, les patients âgés, particulièrement très âgés, mobiliseraient des ressources hospitalières moins coûteuses que les groupes d'âge plus jeunes. Les bénéficiaires âgés séjournent plus souvent dans de petits hôpitaux à faible coût que dans des hôpitaux universitaires ultra-spécialisés et lorsqu'ils y séjournent plus longtemps, ils y bénéficient le plus souvent de soins de garde (Ross, Shapiro et Havens, 1986). En France, les études du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la santé (CREDES), indiquent que les personnes âgées, davantage hospitalisées dans des structures peu spécialisées, auraient en outre une consommation par journée d'hospitalisation décroissante avec l'âge; les actes correspondant à des examens ou soins spécialisés atteindraient généralement leur fréquence maximale pour les moins de 65 ans et diminueraient ensuite chez les personnes les plus âgées (CREDES, 1986). Rappelons ici que ce sont précisément, ces personnes qui connaîtront la croissance démographique la plus forte au cours des prochaines années.

Troisièmement, non seulement les bénéficiaires de soins prolongés résidant dans les hôpitaux de court séjour consomment moins de ressources que les patients aigus, mais ils retardent l'entrée de patients pouvant requérir des soins médicaux et chirurgicaux fort coûteux (Aronson, Marshall et Sulman, 1986). Sur la foi de ces résultats, les séjours des bénéficiaires de soins prolongés qualifiés parfois de "bloqueurs de lits", constitueraient-ils, en réalité, un moyen pour les établissements de contrôler les coûts de santé?

En marge de cet aspect économique, soulignons ici que les séjours prolongés en lit entraînent des coûts sociaux dans la mesure où ils rendent plus difficile le transfert du bénéficiaire vers une ressource plus légère. Cette situation apparaît d'autant plus inquiétante qu'un certain nombre de lits seraient présentement occupés par des personnes âgées dont l'état de santé à lui seul ne justifierait pas l'hospitalisation (par exemple, une personne seule en légère perte d'autonomie bénéficiant de peu de support de son entourage) (Aronson, Marshall et Sulman, 1986).

4.4.4 Les services d'hébergement

Au Québec, les ressources d'hébergement et de soins de longue durée peuvent être regroupées en trois grandes catégories: les ressources institutionnelles (centres d'accueil publics, privés conventionnés, et centres hospitaliers de soins de longue durée), les ressources intermédiaires (pavillons, familles d'accueil) et les centres d'accueil privés

autofinancés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux subventionne certaines ressources privées soit les centres d'accueil privés conventionnés et à taux fixe, les pavillons et les familles d'accueil. Par contre, aucune subvention n'est accordée aux centres d'accueil privés autofinancés; les bénéficiaires y défrayant entièrement les coûts.

Au Québec, les données les plus récentes chiffrent à 65 591 les places d'hébergement et de soins de longue durée financés par les deniers publics. (Bolduc, Michaud et Roy, 1986).

En terme de coûts, les C.A.H. occupent une part relative de plus en plus importante au sein du réseau public de la santé et des services sociaux. Ainsi, en 1984-1985, 7,6% des sommes affectées à la santé dans le secteur public vont aux centres d'accueil d'hébergement contre 6,2% en 1980-1981. Au cours de cette période, la portion des dépenses allouées aux centres hospitaliers de soins de longue durée est demeurée relativement stable passant de 7,6% en 1980-1981 à 7,3% en 1984-1985. Pour cette dernière année, les coûts totaux des C.A.H. s'élèvent à 549 232 000 $ tandis que ceux des CHLD se chiffrent à 528 155 000 $ (R.A.M.Q. 1985).

Les rapports financiers de 1984-85 ne nous fournissent malheureusement pas d'informations sur les dépenses consacrées à l'hébergement et aux soins prolongés des personnes âgées.[19] On se rappellera qu'en 1980-81, les 65 ans et plus accaparaient 63% des ressources en établissements de soins prolongés (section 2.1). En 1980-81, 7,5% de la population féminine âgée de 65 ans et plus était hébergée en centres hospitaliers de soins prolongés ou en centres d'accueil d'hébergement par comparaison à 5,3% chez les hommes. Au-delà de 85 ans 27,8% des personnes âgées vivaient dans de tels milieux (Camirand 1983a).

---

19. A titre indicatif, mentionnons qu'en 1984-85, une place d'hébergement en centre d'accueil d'hébergement coûtait en moyenne 48,34 $ par jour tandis que le déboursé quotidien par personne en centre hospitalier de soins prolongés se chiffrait à environ 100 $. Le coût d'hébergement inclut toutefois la contribution financière des résidants-bénéficiaires évaluée à environ 20 à 25% du coût d'hébergement (ACAQ, 1986).

Tableau 9

Personnes hébergées selon l'âge, Québec, 1979 à 1983

Groupes d'âge	1979	1980	1981	1982	1983
Moins de 18 ans	68	44	41	28	23
Nombre et %	0,13	0,08	0,07	0,05	0,04
18 à 64 ans	16 533	16 524	16 825	16 775	16 815
Nombre et %	32,16	31,20	30,47	29,03	28,62
65 ans et plus	34,815	36,452	38,359	40,977	41,920
Nombre et %	67,71	68,72	69,46	70,92	71,34
Total:	51,416	52,970	55,225	57,780	58,758
	100	100	100	100	100

Source: Ministère des Affaires sociales, 1985, p. 45

Tel qu'on peut le voir au tableau 9, la population âgée de 65 ans et plus constitue une part de plus en plus importante de la clientèle hébergée en centres hospitaliers ou en centres d'accueil. En quatre ans, soit entre 1979 et 1983, le nombre de personnes âgées hébergées a crû de 20,4% par comparaison à une hausse de 14,3% pour l'ensemble de la population institutionnalisée.

Entre 1980 et 1985, on observe par ailleurs une augmentation de la perte d'autonomie des personnes hébergées. Selon une évaluation réalisée par le C.R.S.S.S. en 1984-1985, les bénéficiaires en C.A.H. requéraient 16 minutes additionnelles par jour-présence, comparativement à ceux évalués en 1980 (voir Bolduc, Michaud, Roy, 1986).

En 1982, la moyenne d'âge des personnes hébergées atteignait 82 ans. La majorité des résidants était des femmes - ces dernières sont trois fois plus nombreuses que les hommes - veuves pour la plupart. (Guérin, 1986b).

4.5 Les services à domicile

En 1984-85, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 60% des usagers des services à domicile et regroupent 67% du volume des inter-

ventions (voir tableau 10). La catégorie "personnes âgées non entièrement autonomes", compte pour 31,7% des interventions. Les deux tiers (65,8%) de ce groupe sont formés de personnes âgées de 75 ans et plus. Selon les données recueillies auprès d'un échantillon de 93 CLSC, la proportion de personnes âgées desservies par les services à domicile représente par ailleurs la moitié de la clientèle potentielle (25,6% de toutes les personnes âgées du Québec), nécessitant des services légers pour pallier à des pertes d'autonomie et de fonctionnalité. Pour combler les besoins réels de la clientèle à domicile (tous âges), il faudrait, de l'avis de la Fédération des CLSC, multiplier par quatre le niveau actuel des ressources en services à domicile (80,9$ millions en 1985-86). Même en supposant que la majeure partie de l'augmentation des ressources nécessaires puisse être absorbée par des réaffectations des ressources actuelles et une meilleure collaboration avec le milieu, on a estimé qu'un montant additionnel de 80$ millions serait requis au cours des prochaines années (Roy, 1986a).

4.6 Le programme pharmaceutique de la R.A.M.Q.

Les personnes âgées, en particulier les femmes, constituent une population à risque de surconsommation de médicaments. L'enquête Santé-Canada fournit certaines données sur la consommation de médicaments obtenus avec ou sans ordonnance. Selon cette enquête, le pourcentage de personnes prenant deux variétés et plus de médicaments est plus élevé chez les personnes âgées que dans l'ensemble de la population: 25% des femmes et 13% des hommes âgés de 65 ans et plus consommaient au moins trois variétés de médicaments à la fois contre 7% pour la population totale.

La consommation augmente par ailleurs à l'intérieur du groupe d'âge des 65 ans. En 1985, la moyenne d'ordonnances par année par personne âgée entre 65 et 74 ans s'établit à 23,3 chez les hommes et 26,5 chez les femmes; au-delà de 75 ans ces nombres passent respectivement à 26,9 et 30,4 (voir tableau 13).

L'augmentation de la médication avec l'âge peut être attribuable aux problèmes physiques, chroniques ou temporaires dont la prévalence est plus élevée chez ce groupe d'âge, mais aussi aux conditions d'accès aux services de santé (polymédication), à la gratuité des médicaments, au libre marché de ces médicaments, à l'attitude professionnelle des intervenants et aux conditions de vie des personnes âgées. Sur ce dernier point, les groupes à risque seraient les moins scolarisés, les plus démunis économiquement et les plus malades physiquement. Par ailleurs, on observe une consommation supérieure chez les bénéficiaires des services à domicile et la clientèle hébergée (Voir D.S.C. Maisonneuve-Rosemont et Verdun, 1986).

Tableau 10

Profil de la clientèle des services à domicile, CLSC, 1984-1985

Age	Distribution des usagers (%)	Distribution des interventions (%)	Moyenne d'intervention (N)
0 - 17 ans			3,3
18 - 44 ans			7,6
45 - 54 ans	39,6	33,1	9,9
55 - 64 ans			11,1
65 - 74 ans	24,8	25,2	11,4
75 ans et plus	35,6	41,7	13,8
Total	100,0	100,0	11,0

Source: Roy, J., 1986, pp. 24-26.

En 1985, le coût des services pharmaceutiques pour les personnes âgées, s'élève à 168 216 941 $. Cette somme représente 68,9% du coût total du programme des services pharmaceutiques de la R.A.M.Q. et contribue dans une proportion de 67,5% à l'augmentation totale du coût depuis 1980.

Par ailleurs, au cours de cette période, le nombre de participants âgés de 65 ans et plus passe de 504 160 à 538 109 tandis que la consommation moyenne par participant enregistre une hausse de 9,9% soit en moyenne 2,6 ordonnances de plus qu'en 1980 par participant. En 1985, le coût moyen par participant âgé s'établit à 300,97 $ ce qui représente une augmentation de 75,3% par rapport à 1980 (RAMQ, 1980, 1985).[20]

20. Précisons ici que l'augmentation du coût moyen de l'ordonnance expliquerait un peu plus de 55% de l'accroissement du coût du programme des services pharmaceutiques pour les personnes âgées entre 1984 et 1985.

Tableau 11

Taux de participation, nombre et coût des ordonnances par participant selon le sexe et l'âge chez les 65 ans ou plus, Québec, 1985

Sexe et âge	Taux de participation %	Nombre d'ordonnances par participant N	Coût des ordonnances par participant $	Participants N
Hommes				
65-74	84,8	23,3	287,4	145 541
75 ans ou plus	83,1	26,9	303,80	69 808
Total: 65 ans ou plus	84,2	24,5	292,69	215 349
Femmes				
65-74	88,7	26,5	303,8	199 677
75 ans ou plus	80,6	30,4	322,94	122 011
Total: 65 ans ou plus	85,7	27,5	306,35	321 688

Source: Statistiques annuelles de la Régie d'assurance-maladie, 1985.

En résumé, les données présentées dans cette section nous révèlent une hausse de l'utilisation de divers types de services de santé par les personnes âgées depuis le début des années 80. Toutefois, certaines études indiquent qu'une faible proportion de personnes âgées sont de grosses utilisatrices de services médicaux et hospitaliers et lorsqu'elles utilisent ces services, consomment des ressources moins coûteuses que les groupes d'âge plus jeunes (voir par exemple Roos, Shapiro et Havens, 1986).

Par ailleurs, comme certaines études l'ont démontré, l'utilisation inappropriée des ressources serait relativement importante. A titre d'exemple, environ 46% des personnes âgées en centres d'accueil d'hébergement et 15% de celles qui vivent en centres hospitaliers de soins prolongés le seraient à tort et sont contraintes à cette forme d'institutionnalisation faute de ressources alternatives (Sicotte, 1982). En postulant une utilisation adéquate du réseau institutionnel et des services alternatifs, le service du développement des ressources-santé avait estimé à 12790 les places d'hébergement en surplus en 1982. Eu égard à l'évolution de la population, cette même étude évaluait à 8471 un tel nombre pour l'année 1986 (Désy, 1982).

Cette question de l'affectation optimale des ressources permet de nuancer les tendances prévisibles de l'accroissement des coûts de santé engendré par le vieillissement de la population.[21]

---

21. La discussion à ce propos sera reprise plus loin (section 8.1)

5. CARACTÉRISTIQUES ET CONDITIONS DE VIE DES AINÉS

Selon les projections de type "statu quo", les générations futures de personnes âgées auront les mêmes caractéristiques que celles d'aujourd'hui.

> ... les projections ne font souvent que prolonger les tendances observées chez ceux qui sont déjà vieux, d'où l'impression que l'avenir des sociétés vieillies se réduira à la multiplication par le nombre des problèmes que connaissent présentement les personnes âgées. (Marcil-Gratton et Légaré, 1986:2)

Or, les caractéristiques et le comportement de la population âgée dans l'avenir seront sans doute fort différents de ceux de la population âgée actuelle. Les générations futures de personnes âgées auront probablement un état de santé, un revenu, un niveau d'instruction et un comportement différents de nos contemporains âgés. Ces changements entraîneront des besoins, des attentes et des modes d'utilisation différents des services de santé et des services sociaux (Secrétariat aux Affaires sociales, 1986).

5.1 Allongement de la durée de la vie

Le prolongement de la durée de vie pourrait avoir un impact sur l'utilisation des services de santé dans la mesure où de plus en plus d'individus parviendront aux âges les plus avancés de la vie.

Les Québécois ont en effet connu, au cours de la dernière décennie, une hausse exceptionnelle de leur espérance de vie. Cet accroissement était totalement imprévu. A titre d'exemple, en 1981, l'espérance de vie des Québécois atteignait 74 ans alors que les prévisions consécutives au recensement de 1976 l'avaient stabilisée à 73 ans pour la période 1986-2001. En extrapolant le rythme de progression enregistré de 1976 à 1981, on obtiendrait en 1996, une espérance de vie moyenne de 77,6 ans (Mathews, 1984).

Encore plus surprenants sont les gains obtenus chez les personnes âgées au cours de ces récentes années. Un tel déclin de la mortalité a également été observé aux États-Unis et en Europe, quoique un peu plus tôt et avec une intensité plus faible surtout chez les femmes (Roy, 1983).

Au Québec, le regain de la diminution de la mortalité depuis 1976, attribuable tant à l'amélioration des habitudes de vie qu'au développement des méthodes de traitement et de dépistage des maladies, nous incite à croire à la possibilité de faire encore reculer la mortalité dans l'avenir (Roy, 1983).

Selon le Bureau de la Statistique du Québec, si une génération subissait les conditions de mortalité observées en 1984, la proportion de survivants à l'âge de 80 ans serait de 34% chez les hommes et 58% chez

les femmes. En comparaison, environ une personne sur cinq, née en 1931 pouvait espérer atteindre cet âge (Gauthier, 1986).

Quels seront les effets de cet allongement de la durée de vie sur l'utilisation des services de santé? Plusieurs études nous portent à croire que la croissance des taux de survie aux âges avancés ne suscitera pas nécessairement une hausse concommitante des niveaux d'utilisation des services de santé. Premièrement, la concentration des coûts de santé n'est pas tant liée à l'âge qu'à l'imminence de la mort. Ainsi, il n'y a qu'un écart minime entre le nombre moyen de jours d'hospitalisation dénombré un an avant le décès chez les personnes de 85 ans et plus et les groupes d'âge plus jeunes (Fuchs, 1984; Roos, Shapiro et Havens, 1986). Qui plus est, la concentration des coûts durant les derniers mois de la vie est demeurée relativement stable au cours des dernières décennies (Scitovsky, 1984). Compte tenu du profil d'utilisation des services de santé dans la période précédant la mort, certains estiment qu'un prolongement de la durée de vie pourrait susciter une hausse de la demande d'hébergement, en particulier chez les femmes âgées de 85 ans et plus mais n'aurait pas d'effet sur la consommation des services ambulatoires et un impact plus faible que prévu sur l'utilisation des hôpitaux de court terme (Ross et Montgomery, 1986). Fuchs (1984) pour sa part, croit que la hausse possible du niveau d'utilisation par les personnes très âgées pourrait être contrebalancée par une diminution de la consommation médicale chez les groupes d'âge plus jeunes, en raison de la chute de la mortalité amorcée dans l'ensemble de la population. Selon l'auteur, l'utilisation future des services et donc, les coûts à ce chapitre, dépendront toutefois des facteurs qui sont à l'origine du prolongement de la vie: meilleures mesures préventives (conditions de vie, habitudes de vie) ou interventions médicales de plus en plus spécialisées:

> The relationships between utilization, age, and survival status will depend on the reasons for the lower death rate. If mortality falls because people are living healthier lives or because of more effective preventive measures, the conventional extrapolations will overestimate health care utilization (...). On the other hand, if the lower death rates are the result of ever more complex technological interventions, the using cost of such interventions will tend to offset the fact that fewer persons are in the last year of life. (Fuchs, 1984: 154)

5.2 Age, morbidité et incapacité

L'état de santé des personnes âgées comporte de multiples facettes. Il peut être évalué à travers différentes mesures telles que la morbidité ressentie, l'incapacité ou le degré d'autonomie fonctionnelle. Les données québécoises nous indiquent que les personnes âgées sont affligées des mêmes problèmes de santé, souvent plusieurs à la fois, qui frappent les adultes plus jeunes mais leur prévalence augmente avec

l'âge (CASF, 1984). La même tendance se retrouve au niveau de l'incapacité (Dillard, 1983).

La pluripathologie apparaît par ailleurs très fréquente chez les aînés. Ainsi, lors de l'enquête Santé-Canada menée en 1978-1979, les personnes âgées de 65 ans et plus ont signalé en moyenne 2,5 problèmes de santé contre moins d'un problème dans l'ensemble de la population de moins de 65 ans. A l'exception des maladies des voies respiratoires et des troubles de la dentition, la prévalence des différents problèmes est toujours plus élevée chez les personnes âgées (voir tableau 12).

Selon l'enquête sur l'incapacité menée récemment au Canada (1983-1984), 17,4% des Québécois âgés de 45 à 64 ans seraient limités dans leurs activités pour raison de santé. Entre 65-74 ans, cette proportion s'établit à 31,3% et grimpe à 45% au-delà de 75 ans.

Tableau 12

Prévalence des problèmes de santé [22] selon leur nature pour certains groupes d'âge, Québec, 1978-1979

Problèmes de santé	0-64 ans	55-64 ans	65 ans et plus
	Taux pour 100 personnes		
Affections ostéo-articulaires	15	50	49
. arthrite et rhumatisme	8	32	38
. autres affections des membres et des articulations	7	18	12
Maladies cardio-vasculaires	7	30	43
. hypertension	4	17	27
. maladies cardiaques	2	13	17
Troubles de la vision et de l'audition	7	19	30
. vision	4	12	15
. audition	2	7	14
Troubles mentaux	4	11	19
Maladies des voies respiratoires	17	23	18
Troubles digestifs	2	6	10
Troubles de la dentition	8	9	7
Troubles des glandes endocrines	2	9	9
Autres problèmes	26	39	60
Tous les problèmes	87	195	245

22. Problèmes de santé signalés par les répondants au moment de l'entrevue. A cause des arrondis, certains totaux peuvent différer de la somme des parties.

Source: H. Gauthier, 1984, p.216

Deux points méritent d'être soulignés ici:

i. En dépit des maladies chroniques dont elles sont affligées, la majorité des personnes âgées se déclarent en bonne santé. Ainsi, lors d'une enquête effectuée en 1980, dans trois villes québécoises, seulement 15 à 20% des personnes âgées vivant à domicile percevaient leur état de santé comme déficient ou mauvais (Béland, 1980). Ceci fait en sorte que même si l'incidence de la maladie et de l'incapacité augmente avec l'âge, le vieillissement ne se traduit pas nécessairement en un besoin accru de services.

ii. L'état de santé des personnes âgées résulte souvent des conditions de vie et des habitudes de vie ayant prévalu avant l'âge de 65 ans. Le profil de santé est également influencé par divers facteurs sociaux et environnementaux (isolement, perte de revenu, inactivité, conditions de logement, perte de conjoint, dévalorisation) ou encore à l'attitude du système de soins à l'égard des personnes âgées (CASF, 1984). Il est donc difficile d'appliquer aux aînés de l'an 2000, les conditions et problèmes de santé de ceux qui sont âgés aujourd'hui.

5.2.1 Évolution de l'état de santé: diversité des scénarios

L'implication du déclin récent de la mortalité sur le profil de santé des personnes âgées suscite une importante controverse. L'augmentation de l'espérance de vie sera-t-elle accompagnée d'un risque plus élevé d'incapacité? Les personnes échapperont-elles à certaines maladies pour vivre plus d'années en mauvaise santé?

En ce qui concerne la morbidité et l'incapacité, nous ne disposons pas, comme pour la mortalité, de données rétrospectives nous permettant de prolonger les tendances observées (Colvez, 1986). En l'absence de données fiables plusieurs théories contradictoires prévalent à ce chapitre. Les optimistes croient avec Fries (1981) en une "compression" des maladies chroniques et des incapacités aux âges les plus avancés de la vie. Cette théorie s'appuie toutefois sur l'hypothèse d'un plafonnement de l'espérance de vie fort controversée (Manton, 1986; Schneider et Brody, 1983).

D'autres craignent par ailleurs, que la diminution de la mortalité donne lieu à une "pandémie de troubles mentaux et de maladies chroniques" (Kramer, 1980). Enfin, diverses autres hypothèses se situent entre ces deux extrêmes. A titre d'exemple, Manton (1982) prône un "équilibre dynamique" entre l'évolution de la mortalité et de la morbidité.

Ces dernières années un nouvel indicateur de la vie en bonne santé a été développé. Cette mesure qui combine des données de mortalité (espérance de vie) et d'incapacité permettrait de répondre à certaines questions du débat concernant les relations entre la chute de la mortalité et l'évolution de l'état de santé. Par exemple, Robine (1986) a résumé en cinq grandes catégories les évolutions possibles de l'état de santé fonctionnel (voir tableau 13). Une espérance de vie croissant plus rapidement que l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) créerait une "pandémie" des incapacités. Une évolution inverse serait à l'origine d'une "compression" de la morbidité fonctionnelle alors qu'une progression similaire de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité mènerait à un "équilibre" de la mortalité et de la morbidité. Compte tenu du développement différentiel des méthodes de prévention et de traitement de la maladie (Robine, Brouard et Colvez, 1986), il serait toutefois peu justifié de généraliser à l'ensemble ce que l'on observe dans un domaine pathologique (Buch, 1986).

Tableau 13

L'univers de l'évolution possible de l'état de santé

Évolution de l'espérance de vie E.V.	Évolution de l'espérance de vie sans incapacité E.V.S.I.	Théories / cas de figure
Augmentation E.V.	Stagnation E.V.S.I.	Toutes les années gagnées sur la mort sont des années d'incapacité: théorie de la pandémie (cas limite).
Augmentation E.V.	Augmentation E.V.S.I.	Les années gagnées sont plus fréquemment des années d'incapacité que les autres années vécues. La chute de l'incidence des incapacités ne compense pas l'augmentation de leur durée. Ce qui entraîne une augmentation de la prévalence de l'incapacité à chaque âge.
Augmentation E.V.	Augmentation E.V.S.I.	L'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité augmentent dans des proportions identiques maintenant constant la part des années vécues sans incapacité quelle que soit l'augmentation de l'espérance de vie. C'est la théorie de l'équilibre. L'incidence diminue de telle sorte que la prévalence de l'incapacité reste constante dans chaque groupe d'âge qui compose la population quelle que soit la chute de la mortalité.
Augmentation E.V.	Augmentation E.V.S.I.	L'espérance de vie sans incapacité augmente plus vite que l'espérance de vie comprimant ainsi la période d'incapacité au cours de la vie. Il s'agit de la théorie révisée de la compression de la morbidité.
Stagnation E.V.	Augmentation E.V.S.I.	Il n'y a aucun gain face à la mortalité, tous les gains concernent la réduction de l'incapacité et de la morbidité. Il s'agit de la théorie de la "compression" dans sa première version (cas limite).

Source: J.M. Robine, 1986, p.38

L'Organisation mondiale de la santé a par ailleurs représenté la relation entre la mortalité, la morbidité et l'incapacité au moyen de trois courbes de survie. Ces courbes servent à illustrer l'évolution de la morbidité et de l'incapacité selon l'âge découlant d'une amélioration de l'espérance de vie.

Afin d'estimer les répercussions d'un changement dans la relation entre la morbidité, l'incapacité et la mortalité sur la demande de soins de longue durée, Soldo et Manton (1985) ont juxtaposé aux trois courbes de survie proposées par l'Organisation mondiale de la santé, trois autres courbes correspondant aux divers services possibles relativement aux soins de longue durée (voir graphique 5). Un déplacement vers la droite des courbes correspond à une augmentation du degré d'incapacité fonctionnelle et de l'intensité des services de santé reçus. Selon les auteurs, l'application empirique d'un tel modèle devrait toutefois tenir compte de l'hétérogénéité du profil de santé des personnes très âgées et du caractère multidimensionnel du processus du vieillissement aux âges avancés. Elle doit également prendre en considération les "possibilités de substitution entre les divers services, compte tenu de l'âge, de la nature de l'invalidité et des conditions socio-économiques" (Manton, 1986: 8). (Nous reviendrons sur ce point à la section 8.1).

5.2.2 Évolution passée de l'espérance de vie en bonne santé (E.V.B.S.)

Les données recueillies ces dernières décennies nous indiquent que l'espérance de vie en bonne santé n'aurait pas évolué au même rythme que l'espérance de vie à la naissance. Au Canada, l'étude de Wilkins et Adams (1982) révèle, qu'entre 1951 et 1978, les gains obtenus au niveau de l'espérance de vie en bonne santé (1,3 an pour les hommes et 1,4 an pour les femmes) ont été de loin inférieurs à ceux enregistrés au niveau de l'espérance de vie totale (respectivement 4,5 et 7,5 ans) avec le résultat que l'espérance de vie en bonne santé qui, en 1951, représentait 90% de l'espérance de vie n'en représentait plus que 85% en 1978.

Aux États-Unis, entre 1966 et 1976, Colvez et Blanchet (1981) ont observé une hausse des déclarations de limitations d'activités dans l'ensemble de la population. L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) aurait même baissé chez les femmes passant de 63,4 à 62,7 ans de 1966 à 1976. De son côté, Verbrugge (1984b) observe également depuis 1970, un pourcentage plus élevé de personnes âgées se déclarant restreintes dans l'exercice de leur activité principale ou secondaire.

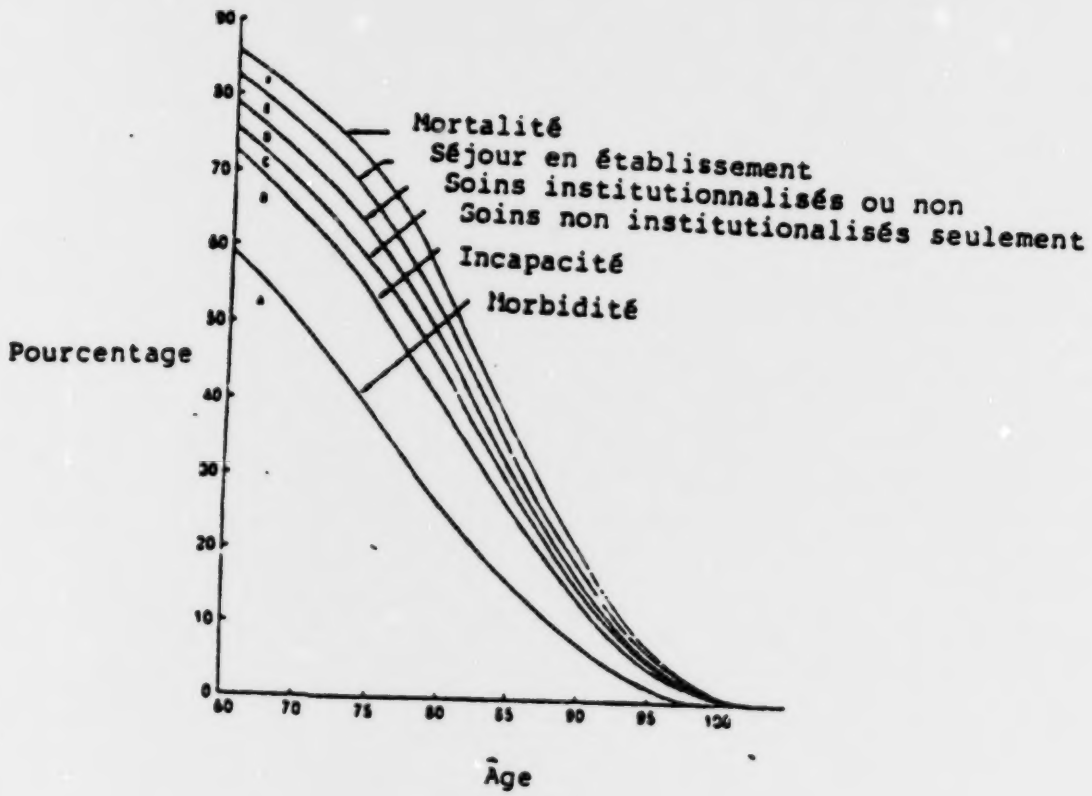
Certains doutent toutefois que de tels résultats soient imputables à une plus grande morbidité. Considérant toutes les statistiques de

mortalité et de morbidité disponibles, Fuchs (1984) par exemple, conclut que l'état de santé des personnes âgées, quel que soit leur âge, s'est amélioré au cours des dernières décennies et que ces progrès sont principalement attribuables à une diminution de l'incidence ou de la gravité des maladies cardio-vasculaires.

La croissance importante des limitations d'activités observée ces dernières années, peut être attribuable à plusieurs facteurs tels un diagnostic précoce, la chute du taux de mortalité ou une diminution des risques acceptés. En fait, quelle que soit l'explication donnée, l'augmentation des incapacités notée ne concernerait que les incapacités les moins sévères; une telle évolution n'ayant pas été observée pour les niveaux les plus sévères (par exemple, le confinement au lit ou à domicile).

Graphique 5

Courbe de mortalité observée et courbes hypothétiques de morbidité, d'incapacité et d'utilisation des soins de longue durée pour les femmes vivant aux États-Unis en 1980



Source: Soldo, B.J. et K.J. Manton, 1985, p. 309.

5.3 Facteurs liés à l'état de santé des futurs aînés: quelques illustrations

Les problèmes de santé et d'incapacité des générations futures de personnes âgées sont intimement liés aux caractéristiques qu'elles auront acquises durant leur vie. Ces problèmes pourront par exemple être majorés ou minimisés par le niveau de sécurité financière, l'expérience de travail, les habitudes de vie qu'elles auront développées avant la retraite et qui en feront sans aucun doute des aînés différents des aînés actuels.

5.3.1 Niveau socio-économique

Comme plusieurs études l'ont montré, l'état de santé et l'espérance de vie des individus sont étroitement liés à leur statut socio-économique. Les niveaux d'instruction et de revenu jouent par ailleurs un rôle important sur les pratiques sanitaires des individus. De façon générale, les personnes situées au bas de l'échelle des revenus recourrent peu aux services préventifs, et lorsqu'un problème se présente, elles sont généralement orientées vers des services plus lourds (CASF, 1984).

La situation financière des jeunes adultes d'aujourd'hui pourra avoir des répercussions sur l'état de santé et les demandes qu'ils exerceront auprès du système de soins au moment de la retraite. Certaines études montrent que les personnes âgées ayant un revenu élevé auraient de meilleures habitudes de vie et une incidence plus faible de certains problèmes de santé comme l'hypertension chronique (Stone et Fletcher, 1986). Une recherche effectuée dans l'Estrie démontre que les personnes du troisième âge appartenant aux catégories les plus défavorisées seraient en moins bon état de santé que les autres. Les problèmes financiers et les difficultés de logement favoriseraient également une demande d'hébergement collectif (Arguin et al., 1972).

Revenu

Contrairement à la situation des autres groupes d'âge, le revenu moyen des ménages âgés s'est accru en dollars constants, de 1976 à 1985. En raison de divers régimes provinciaux et fédéraux d'appui au revenu, les personnes âgées ne forment plus le contingent le plus important des "très pauvres". Selon les données recueillies par le groupe montréalais "Surfacing the poor", 35% des gens du troisième âge sont pauvres, mais seulement 2,9% d'entre eux vivent une pauvreté aiguë (Wilkins, 1985).

Au Québec, en 1982, le groupe des 65 ans et plus n'obtenait toutefois en moyenne que les deux tiers du revenu de la population âgée de 15 à

64 ans (soit 9 223 $ contre 12 720 $). A ce chapitre, les femmes âgées vivent une situation plus précaire: en 1982, leur revenu s'élevait à 7 265 $ soit 64% du revenu des hommes du même âge (Gauthier, 1986).

Les programmes de sécurité du revenu

Les paiements de transfert constituent une source importante de revenu pour les personnes âgées pauvres. Ainsi en 1982, 88% du revenu des familles âgées se situant dans le quartile inférieur du revenu provenait de sources publiques. La population âgée hors-famille des deux quartiles inférieurs tirait 95% de ses gains de cette source (Gauthier, 1986).

Les paiements de transferts (pensions de la sécurité de la vieillesse, supplément du revenu garanti et prestations du Régime des rentes du Québec) liés à la sécurité du revenu se sont accrus considérablement depuis le début des années 60. En 1976, 3% du PNB était affecté au soutien du revenu des personnes âgées. Si les tendances récentes se poursuivent, les transferts de sécurité du revenu représenteront 7% du PNB en 2031. Dans l'hypothèse d'un vieillissement accéléré, ce rapport s'établirait à 10%. Des modifications aux critères du régime de pensions du Canada (RPC) et du régime des rentes du Québec (RRQ) telles que l'admissibilité à 60 ans, un taux de remplacement à 75% de la rémunération feraient grimper cette proportion à plus de 14% (chiffres du Conseil économique du Canada cités par l'ACAQ, 1986).

Féminisation de la pauvreté

Les femmes âgées sont plus susceptibles d'être pauvres que les hommes du même âge, la plupart n'ayant pas accumulé d'épargne suffisante avant leur retrait du marché du travail ou n'ayant jamais exercé un emploi au cours de leur vie. On notera sur ce point qu'en 1980, le revenu moyen qu'une femme obtenait du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec s'élevait à 99 $ par mois comparativement à 141 $ pour un homme (CCCSF, n.d.). Soulignons que les régimes de pensions actuels, publics ou privés, favorisent peu les femmes survivant à leurs conjoints.

Depuis une quinzaine d'années, le portrait du ménage âgé pauvre s'est par ailleurs considérablement modifié. Ainsi, alors qu'en 1971, les femmes représentaient 50% des personnes âgées pauvres, une décennie plus tard, elles en constituaient près de 75%. La plupart des ménages âgés pauvres sont maintenant constitués de femmes seules dont la majorité (76%) vit dans de grands centres urbains (chiffres du Bureau de la Statistique du Québec cités par Delisle, 1984).

En somme, en dépit d'une amélioration sensible de la situation financière du troisième âge, de sérieuses difficultés persistent chez les

femmes seules âgées: en 1982, 80% des femmes de 65 ans et plus disposaient d'un revenu annuel inférieur à 10 000 $ contre 54% pour les hommes du même groupe d'âge (Gauthier, 1986).

Perspectives

C'est en examinant la situation économique des enfants du "baby-boom" que l'on peut sans doute le mieux dessiner le profil des retraités de l'an 2000.

Selon les scénarios les plus pessimistes concernant la situation économique, le revenu médian (en dollars constants) des personnes âgées au Canada continuera de croître jusqu'en 2020 (Stone, 1979). Par ailleurs, plusieurs estiment qu'en raison de leur participation accrue sur le marché du travail, une plus grande fraction des femmes "arriveront à l'âge de la retraite mieux protégées financièrement et avec des habitudes d'autonomie économique plus développées". (Marcil-Gratton et Légaré, 1986).

Une telle perspective demeure fort optimiste lorsque l'on songe au processus de féminisation de la pauvreté observé depuis le début des années soixante-dix. A titre d'exemple, les femmes formaient les deux tiers des ménages pauvres constitués de personnes seules en 1979 (Ross, 1983), et cette proportion passe à 70% en 1985 (Le Devoir, 1986). De même, le taux de pauvreté des familles monoparentales sous la conduite d'une femme était de 44% en 1980 (Ross, 1983); il se situait à 60% en 1985 (chiffre du Conseil national du bien-être social cité par Le Devoir, 1986).

Bien sûr, les femmes apparaissent de plus en plus présentes sur le marché du travail [23]. Cependant, tout un pan de littérature montre que les gains enregistrés par les femmes à ce chapitre demeurent fort modestes compte tenu des responsabilités qu'elles continuent d'assumer à l'intérieur de la sphère domestique, de la ségrégation occupationnelle et de la discrimination salariale persistantes à leur égard, de la hausse du travail à temps partiel, et aussi leur faible niveau de syndicalisation [24]. Si, entre 1979 et 1983, les revenus des femmes ont augmenté plus rapidement que ceux des hommes - soit une hausse de 60,2% chez les premières contre 44,4% chez les seconds - certains estiment que même à ce rythme, elles n'obtiendront pas l'égalité salariale avant 2010. (chiffres de la Fédération des femmes du Québec cité par Normand, 1987).

---

23 Entre 1982 et 1986 seulement, le taux de femmes dans la population active a passé de 39,7% à 49,9% (Normand, 1987).

24 On pourra consulter à ce sujet Le Bourdais et Desrosiers (1987).

Par ailleurs, si l'on prévoit une hausse de la main-d'oeuvre féminine d'ici la fin des années 1980, de nombreuses autres études soulignent l'impact négatif qu'entraînera l'implantation de nouvelles technologies sur l'emploi des femmes (Menzies, 1982), laquelle pourrait mener à un nouvel élargissement des écarts salariaux entre les sexes (Cain, 1982).

Enfin, l'évolution des modes de vie familiaux d'une part, et la situation des femmes au sein de la famille, d'autre part, nous incitent à une certaine vigilance. Comme le mentionne Le Bourdais et Desrosiers (1987:6): "Compte tenu d'une part de l'évolution actuelle de la divortialité et de la mortalité et, d'autre part, de la précarité de la situation financière des femmes vivant en situation de couple (...), il n'y a pas lieu de croire que les femmes d'aujourd'hui connaîtront au cours de leur vie des conditions de vie meilleures que celles prédites pour leurs consoeurs dix ans plus tôt. Il faudrait pour cela que le "travail domestique" accompli par les femmes à l'intérieur de la famille soit reconnu au même titre que le "travail rémunéré" effectué par leur conjoint, lorsque vient le temps du partage des biens et des revenus lors d'une rupture volontaire d'union, ou lorsque vient le temps de récolter les revenus de pensions accumulés suite au décès du conjoint".

L'augmentation de la pauvreté depuis le début des années 80 et la détérioration des conditions de vie de certains groupes précis (les jeunes et les femmes seules avec enfants) nous incitent à poser un regard plus nuancé sur la situation économique des aînés de demain.

Afin de brosser un portrait réel de la situation financière des futurs aînés, il faudra par ailleurs tenir compte de divers autres facteurs qui y sont rattachés: croissance du niveau de scolarité, progression de la fraction des emplois qui offrent la protection des régimes de retraites privés, évolution de la proportion de québécois propriétaires de leur logement et modifications dans la distribution des actifs selon la profession exercée et le revenu dont ils bénéficient (voir Marcil-Gratton et Légaré, 1986).

5.3.2 Habitudes de vie

L'état de santé des futures cohortes de personnes âgées et les demandes qu'elles exerceront auprès du système de soins seront également conditionnés par les habitudes de vie ayant prévalu avant l'âge de 65 ans.

Une étude récente publiée par Statistique Canada sur la longévité et l'état de santé des personnes âgées (Stone et Fletcher, 1986) montre qu'une part importante de la population d'âge avancé a acquis des habitudes de vie plus saines. A titre d'exemple, la proportion de personnes âgées, bien portantes, s'adonnant régulièrement à l'exercice physique serait passée de moins de 50% en 1976, à près de 60%, cinq ans plus

tard. Cette augmentation est par ailleurs plus élevée que celle observée dans tout autre groupe d'âge.

Que dire des futurs aînés?

En raison des efforts de promotion de la santé et de l'élévation des niveaux de vie, les adultes des années 80 accordent sans doute plus de temps et d'attention à leur alimentation et à l'exercice. Par exemple, depuis 1976, on constate une évolution favorable des habitudes alimentaires. Par contre, certaines tendances relevées par le CASF (1984) suscitent des craintes telles:

- la montée du tabagisme chez les jeunes femmes qui fument maintenant plus souvent que les hommes de leur âge: 48% des femmes de 20 à 24 ans fument régulièrement contre 44% des hommes du même âge;

- la hausse de la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment chez les femmes.

A cet égard, plusieurs estiment que la participation féminine accrue au marché de l'emploi et l'adoption d'habitudes de vie traditionnellement réservées aux hommes, réduira les écarts entre les sexes au chapitre de la mortalité (Roy, 1983) et de la morbidité. Les femmes qui atteindront l'âge de la retraite au tournant du siècle, auront une expérience de vie sans doute fort différente des femmes âgées d'aujourd'hui. La majorité aura travaillé plusieurs années, une fraction importante aura vécu un divorce et aura été exposée à de multiples stress (Verbrugge, 1984).

Ces quelques exemples ne font qu'illustrer l'impact que pourrait avoir l'adoption ou la modification des habitudes de vie sur l'évolution des pathologies du troisième âge.

5.4 En conclusion: que nous réserve l'avenir?

Même s'il existe plusieurs éléments inconnus au sujet des conditions de santé des personnes âgées de demain plusieurs pensent que globalement, les générations futures d'aînés jouiront d'une meilleure santé. Verbrugge (1984a: 317) trace le profil suivant des retraités de demain:

> ... older women and men will feel better on daily bases compared to their contemporaries. Symptoms will be alleviated more easily because of better drugs and other therapies and because of better health habits during older and earlier ages. ... The kinds of problems older people have will probably shift toward "nonkiller" conditions, especially musculo-skeletal and sensory ones, whereas "Killer" conditions will recede ... older people will have fewer functional disabilities compared to people of the same age now ... In sum, older people will have longer lives that are more free of serious discomfort and disability.

Dans cette perspective, la personne âgée de l'an 2000 pourrait être en meilleure santé et vivre à un âge plus avancé en raison de meilleures habitudes de vie et de soins curatifs et préventifs plus adéquats.

Un tel portrait concerne les personnes âgées et non pas l'ensemble de la population. Ainsi, selon Verbrugge (1984a), la proportion plus élevée de personnes très âgées, dans les années à venir, pourrait susciter une hausse globale de la morbidité et de l'incapacité compte tenu de la prévalence supérieure des problèmes de santé aux âges avancés. D'autres (CREDES, 1986) croient, à l'inverse, que l'amélioration de l'état de santé à âge égal contrebalancera l'apparente dégradation consécutive au seul vieillissement démographique.

En réalité, si le vieillissement constitue un processus biologique et implique des modifications irréversibles au sein de l'organisme, des études récentes réalisées chez des personnes âgées en bonne santé montrent que le rythme du vieillissement physiologique est moins accentué qu'on le croyait jusqu'à maintenant.

D'autre part, l'application de diverses mesures de prévention pourra sensiblement réduire les problèmes de santé et d'incapacité fonctionnelle aux âges avancés (Manton, 1986). Que l'on songe, en particulier, à des politiques de prévention axées sur les facteurs environnementaux: physique, social, économique et de travail.

6. LE RECOURS AUX SOINS

6.1 État de santé vs utilisation des services

L'état de santé n'est pas synonyme de "besoins" de santé. On connait en réalité fort peu de choses sur les besoins et les attentes des personnes âgées vis-à-vis des services. Inversement, comme le mentionne Colvez (1986: 89): "La consommation médicale (...) dépend trop de l'offre et des comportements vis-à-vis de la santé pour être un bon indicateur de santé". Baker et al. (1986) ont bien mis en évidence la complexité de la relation entre état de santé et utilisation des services de sorte qu'il n'est pas possible d'établir une relation simple et linéaire entre les scénarios relatifs à la morbidité et l'évolution future de l'utilisation et des coûts du système de soins:

> ... we must recognize three distinct external forces or classes of factors which interact to generate patterns of morbidity and utilization. These are the underlying health state of the population prior to the impact of the health care system, the effectiveness or technological capabilities of the health care system itself and the perceptions and attitudes of providers of and users of health care which influence utilization and costs separately from underlying "needs" and therapeutic capabilities (Barer et al., 1986: 10).

L'utilisation des services par le troisième âge et, en conséquence, les coûts à ce chapitre, seront demain tout comme aujourd'hui déterminés par un ensemble de facteurs: les caractéristiques des aînés (état de santé, conditions de vie, ressources informelles) et d'autre part, les modalités organisationnelles du système de soins. (Ce dernier aspect sera traité à la section 7).

6.2 Évolution des motifs d'hospitalisation(1980-1985)

Si le profil de santé des aînés de demain laisse place à de nombreuses interrogations, une chose apparaît beaucoup plus certaine, c'est le recours de plus en plus grand des personnes âgées au système de soins au cours des dernières années.

Au chapitre des hospitalisations, les taux d'utilisation ont grimpé plus rapidement chez les personnes âgées que chez les individus des autres groupes d'âge (rappel tableau 8).[25]

---

25. Au moment de rédiger ce rapport nous ne disposions malheureusement pas de données récentes sur les profils de consommation des services ambulatoires.

Si on se réfère aux tableaux 14 et 15, la hausse s'est toutefois produite différemment selon le diagnostic d'hospitalisation. Ainsi, les maladies de l'appareil digestif et des organes génito-urinaires ont enregistré de faibles augmentations pour les hommes comme pour les femmes. Du côté masculin, les maladies du système nerveux (87,8%), les troubles mentaux (53,2%), les maladies de l'appareil respiratoire (33,4%) et les maladies du système ostéo-articulaire (32,6%) ont connu des hausses notoires (tableau 14).

Chez les femmes, les augmentations sont de même nature que chez les hommes: les pathologies du système nerveux et les troubles mentaux ont subi les plus fortes poussées (65,6% et 63,6% respectivement) (tableau 15). Ces deux derniers motifs de recours aux soins sont fréquents aux âges les plus avancés de la vie et génèrent, règle générale, des durées de séjour fort élevées.

Tableau 14
Journées d'hospitalisation de courte durée selon le diagnostic, chez les hommes de 65 ans et plus, Québec, 1984-1985, versus 1980-1981

DIAGNOSTICS (CIM-9)	NB de JOURNÉES 1984	NB de JOURNÉES 1980	TAUX 1984	TAUX 1980	% Varia. (taux) 1984/1980
Tumeurs malignes	223601	160622	897.5	702.3	27.8
Tumeurs bénignes	4329	3699	17.4	16.2	7.4
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme	32118	23419	128.9	102.4	25.9
Troubles mentaux	80097	47979	321.5	209.8	53.2
Maladies du système nerveux	44877	21948	180.1	96.0	87.7
Maladies des organes des sens	20888	18191	83.8	79.5	5.4
Maladies de l'apppareil circulatoire	368597	285978	1479.5	1250.5	18.3
Maladies de l'appareil respiratoire	127746	87929	512.7	384.5	33.4
Maladies de l'appareil digestif	124674	108422	500.4	474.1	5.6
Maladies des organes génito-urinaires	84443	73803	338.9	322.7	5.0
Maladies du système ostéo-articulaire	33720	23344	135.3	102.1	32.6
Symptômes, signes et états morbides mal définis	54574	36586	219.0	160.0	36.9
Accidents, traumatismes et empoisonnements	66533	53795	267.0	235.2	13.5
Autres	36693	43670	147.3	190.9	- 22.9
TOTAL (popul. 249142)	1302890	989435	5229.5	4326.3	20.9

Source: MSSS, fichier Med-Echo; calculs;
Service de l'évaluation - recouvrement de la santé.

Tableau 15
Journées d'hospitalisation de courte durée selon le diagnostic, chez les femmes de 65 ans et plus, Québec, 1984-1985, versus 1980-1981

DIAGNOSTICS (CIM-9)	NB de JOURNÉES 1984	NB de JOURNÉES 1980	TAUX 1984	TAUX 1980	% Varia. (taux) 1984/1980
Tumeurs malignes	190432	135517	520.4	424.8	22.5
Tumeurs bénignes	9168	6373	25.1	20.0	25.4
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme	69114	49689	188.9	155.8	21.3
Troubles mentaux	143248	76313	391.5	239.2	63.6
Maladies du système nerveux	52802	27748	144.3	87.0	65.9
Maladies des organes des sens	38248	31933	104.5	100.1	4.4
Maladies de l'appareil circulatoire	439123	332067	1200.1	1041.0	15.3
Maladies de l'appareil respiratoire	98206	62756	268.4	196.7	36.4
Maladies de l'appareil digestif	156011	120753	426.4	378.5	12.6
Maladies des organes génito-urinaires	53782	43221	147.0	135.5	8.5
Maladies du système ostéo-articulaire	71788	47504	196.2	148.9	31.7
Symptômes, signes et états morbides mal définis	72299	41961	197.6	131.5	50.2
Accidents, traumatismes et empoisonnements	159678	112275	436.4	352.0	24.0
Autres	56620	59431	154.7	186.3	-16.9
TOTAL (popul. 365913)	1610519	1147541	4401.4	3597.3	22.4

Source: MSSS, fichier Med-Echo; calculs;
Service de l'évaluation - recouvrement de la santé.

La hausse des taux d'hospitalisation pour troubles mentaux mérite une attention particulière. Ce phénomène possiblement lié au vieillissement interne de la population âgée n'est sans doute pas étranger aux difficultés éprouvées par les familles à prendre en charge les personnes souffrant de détérioration mentale (Cornoni-Huntley et al., 1985).

Soulignons toutefois que les principales causes d'hospitalisation sont demeurées inchangées au cours de la période étudiée; les troubles du système circulatoire, toujours les plus fréquents, justifient en 1985 environ 28% des journées d'hospitalisation (comparativement à 29% en 1980).

6.3 Les besoins de santé

6.3.1 Les restrictions d'activité

Plus que la prévalence des maladies, l'état fonctionnel nous renseigne sur les besoins de santé, et partant, de la demande en services. D'après l'étude de Brouard et Robine réalisée auprès de la population âgée de Haute-Normandie, l'espérance de vie sans confinement à domicile (EVSCD) se situerait à 12,9 ans du côté féminin contre 11,6 ans du côté masculin. Ces résultats rejoignent ceux de Katz et al. (1983), lesquels ont évalué à 10,6 ans l'espérance de vie sans perte d'autonomie chez les femmes âgées, comparativement à 9,3 ans pour les hommes du même âge (voir tableau 16).

Tableau 16

Espérance de vie sans confinement ou sans perte d'autonomie à 65 ans.

	HAUTE NORMANDIE		MASSACHUSETTS	
	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe masculin	Sexe féminin
EV65	13,8	17,9	13,1	19,5
EVSCD*	11,6	12,9	-	-
ALE**	-	-	9,3	10,6
PART EN %	84%	72%	71%	54%

* EVSCD: Espérance de vie sans confinement à domicile.
** ALE : Active Life Expectancy, i.e. Espérance de vie sans perte d'autonomie.

Source : Robine, Brouard et Colvez (1986). Tableau V.

Au Québec, l'étude de Dillard (1983) révèle que les femmes âgées de 65 ans ou plus doivent envisager de passer plus de la moitié des années qu'il leur reste à vivre (soit 10 années sur 18) avec une forme quelconque de restriction de leurs activités tandis que les hommes du même âge n'ont environ que 6 années sur 14 à vivre avec une activité restreinte. Le type de restriction d'activités varie toutefois selon le sexe. L'institutionnalisation prend plus d'importance chez les femmes que chez les hommes (10,3% de l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes contre 6,5% chez les hommes du même âge). Selon Dillard (1983), la plus grande part des années vécues en institution chez les femmes pourrait être imputable à leur espérance de vie solitaire plus élevée qui les rendraient plus susceptibles de subir un placement en institution en cas de perte d'autonomie.

Le type de restriction d'activités varie par ailleurs selon le sexe. Les restrictions sévères (définies comme l'impossibilité d'exercer

l'activité principale) apparaissent plus fréquentes chez les hommes puisque 12,4% d'entre eux souffrent d'une telle incapacité contre 3,6% des femmes. Outre l'ampleur et la gravité des problèmes de santé, d'autres facteurs peuvent expliquer de tels écarts.[26]

6.3.2 Les besoins d'assistance

Si le besoin d'assistance dans l'accomplissement des activités quotidiennes augmente de façon marquée avec l'âge, force nous est de constater que près des trois quarts (70%) des personnes âgées au Québec sont relativement autonomes. Plus du tiers (37%) des aînés n'ont besoin d'aucun service de maintien de l'autonomie fonctionnelle tandis que 30% nécessiteraient uniquement des services d'organisation matérielle tels que l'assistance pour les emplettes, la préparation des repas, l'entretien ménager, le lavage des planchers et le grand ménage (Sicotte, 1982). Une minorité de personnes âgées présenterait une conjonction de besoins requérant l'administration en établissement (MAS, 1985a).

Selon une enquête effectuée en 1980, (Béland, 1980) seulement 2% des personnes âgées vivant à domicile dépendent d'autrui pour se laver, s'habiller ou se nourrir, entre 8 et 12% pour préparer les repas, 12 à 15% des répondants ont besoin d'aide pour sortir à l'extérieur tandis que 14 à 25% se disent incapables d'effectuer seul des travaux lourds. Le degré d'autonomie diminue toutefois avec l'âge. Par exemple, l'aide requise pour monter ou descendre un escalier passe du simple au double selon que la personne se situe dans le groupe des 65-70 ans (2,1%) ou 70 ans et plus (4,6%).

Le degré d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées varierait par ailleurs selon le niveau de scolarité (Cornoni-Huntley, 1985), la catégorie socio-professionnelle (Colvez, 1986) et le revenu (Katz et al., 1983)

---

26. Le degré plus sévère d'incapacité déclaré par les hommes pourrait tout aussi bien s'expliquer par des différences quant à la pondération de la gravité du problème que par la division traditionnelle des rôles selon le sexe. Par exemple, il semble encore difficile d'établir des niveaux de sévérité de l'incapacité, restriction ou interruption pour l'activité ménagère (Dillard, 1983). A cet égard, un indicateur visant à mesurer l'incapacité concernant les tâches ménagères a été utilisé chez la population âgée de Haute-Normandie (Robine et Colvez, 1984) avec comme résultat d'augmenter davantage le degré d'incapacité féminine.

6.3.3 Perspectives

Pour le Québec, nous ne disposons pas d'informations nous permettant de chiffrer l'évolution future de l'état fonctionnel.

Au Royaume-Uni, on prévoit que, chaque jour d'ici 2021, 21 personnes additionnelles auront besoin d'aide pour prendre un bain ou se laver complètement. En supposant une évolution des besoins similaires au Canada, ce qui du reste apparaît peu probable, le taux s'établirait à 27 personnes par jour (Walker, 1986).

Selon les projections réalisées aux États-Unis (Rice et Feldman, 1983), le nombre de personnes âgées non institutionnalisées nécessitant une aide dans une des activités de la vie quotidienne devrait plus que tripler entre 1980 et 2040 passant de 1,8 à 5,9 millions. Cette progression sera plus rapide chez les 75 ans et plus de sorte qu'en 2040, 58% des personnes ayant une telle limitation seront âgées de 75 ans ou plus, comparativement à 36% en 1980.

Toujours aux États-Unis, Manton (1986) estime que la population âgée en perte d'autonomie vivant soit au sein de la communauté, soit dans les maisons de repos, augmentera de 39% entre 1982 et l'an 2000, passant de 6,4 millions à 8,9 millions. De l'an 2000 à 2040, ce nombre passera de 8,9 millions à 17,8 millions soit une hausse de 100%. L'accroissement sera supérieur chez les personnes âgées de plus de 85 ans (hausse de 141% entre l'an 2000 et 2040).

De telles projections sont basées sur le taux d'incapacité des personnes âgées prévalant en 1980. Une réduction des incapacités pourrait modifier sensiblement les résultats obtenus. Selon Manton (1986), de nouvelles mesures de prévention axées sur l'invalidité pourraient faire diminuer les niveaux de croissance projetés de 21% en l'an 2000 et de 32% en l'an 2040.

6.4 Impact de certains facteurs environnementaux sur la demande de soins

Bien que fort utiles, ces prévisions ne nous permettent toutefois d'estimer que très partiellement la demande en services. Les besoins exprimés par une personne âgée au chapitre des soins de longue durée dépendent d'une part, du degré d'autonomie fonctionnelle et d'autre part, des ressources informelles disponibles au sein de l'entourage (Soldo et Manton, 1985). Ainsi deux personnes peuvent vivrent de façon très différente la même incapacité selon qu'elles disposent ou non d'aide dans leur milieu de vie.

L'état de santé des personnes âgées et leurs besoins en ressources professionnelles sont fortement influencés par le support moral et matériel fourni par la famille et l'entourage. Le support social jouerait un rôle protecteur sur la santé en diminuant le stress lié à la survenue d'un événement traumatisant de la vie. Certaines études ont par ailleurs mis en évidence l'efficacité des groupes d'entraide chez les veuves (Lavoie, 1981) et l'importance des contacts sociaux sur l'état fonctionnel des personnes âgées (Patrick, Morgan et Charlton, 1986).

Les facteurs environnementaux jouent également un rôle important à l'égard des demandes exercées par les personnes âgées auprès des services sociaux et de santé. Outre l'âge avancé (80 ans et plus), une sortie récente de l'hôpital, le fait de ne pas avoir d'enfants, d'être isolé(e) socialement, de vivre seul(e), d'être déménagé(e) depuis peu, ou d'être situé(e) au bas de l'échelle des revenus - pour ne citer que quelques exemples - rendraient les personnes âgées plus susceptibles de vivre des problèmes au chapitre de l'autonomie fonctionnelle (Owen, 1977 cité par Davies, 1982).

Outre des conditions de logements inadéquates, une carence de soins dans le milieu où vivent les personnes âgées aurait un impact direct sur les désirs d'hébergement (Béland, 1982) de même que sur les taux d'admission et les durées de séjour dans les centres d'accueil d'hébergement et les hôpitaux de court séjour (Walker, 1986).

Tous ces facteurs pourront affectés le profil de santé et d'incapacité des générations futures de personnes âgées et les demandes qu'elles exerceront auprès du système de soins.

6.4.1 Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction conditionne également les attitudes vis-à-vis la santé en particulier, la consommation de services préventifs.

Alors que la condition économique des retraités de demain laisse place à plusieurs interrogations, une chose apparaît certaine: les futurs aînés auront un niveau de scolarité supérieur à celui des aînés d'aujourd'hui. Selon le Bureau de la Statistique du Québec, 90% des 25-34 ans en 1981 avaient atteint la neuvième année, comparativement à 38% des individus âgés de 65 ans et plus (Gauthier, 1986). Une forte proportion des personnes âgées de demain posséderont donc au moins une neuvième année et cela, sans compter les possibilités offertes aujourd'hui par l'éducation permanente. A cet égard, la génération future

d'aînés sera sans doute mieux articulée et organisée pour défendre ses droits et intérêts (ACAQ, 1986). La hausse du niveau d'éducation pourrait avoir une incidence importante sur les comportements préventifs et curatifs. Certains estiment qu'une telle amélioration pourrait entraîner une diminution des risques acceptés et, par conséquent, susciter une demande accrue auprès du système de soins (Colvez, 1986).

6.4.2 Conditions de logement

En 1981, au Québec, environ neuf personnes âgées sur dix vivaient à domicile. Depuis 1951, la consommation de logement augmente chez les personnes âgées - une proportion de plus en plus grande des aînés occupant leur propre logement.

A certains égards, (ex.: nombre de pièces par personnes) on observe une amélioration des conditions de logement des personnes âgées (Gauthier, 1986). Sur d'autres plans, la situation apparaît problématique notamment, pour les petits locataires à loyer modique résidant dans les centres urbains profondément transformés depuis une quinzaine d'années.

Parmi les phénomènes qui caractérisent les conditions d'habitation du troisième âge, le problème d'accessibilité financière apparaît non négligeable.

Selon Statistique Canada, l'ensemble des chefs de famille et des personnes âgées seules de 65 ans et plus consacraient, en 1978, en moyenne 22,1% de leur revenu aux dépenses d'habitation comparativement à 16,9% pour l'ensemble de la population (MAS, 1985a).

Dans certains cas, ce problème d'accessibilité financière est exacerbé par le mouvement de "gentrification" de certains quartiers urbains et la conversion de logements en copropriété lesquels forcent plusieurs personnes âgées à déménager. L'autonomie résidentielle des personnes âgées à faible revenu apparaît d'autant plus menacée que l'on assiste actuellement à une pénurie importante de logement social. Selon une enquête réalisée par le Forum des citoyens âgés de Montréal (FCAM), le délai d'attente pour un logement à prix modique (HLM) s'élève parfois jusqu'à sept ans (Bernier, 1987). En dépit des nombreux inconvénients qu'il comporte (ex.: ingérence dans la vie privée, gestion hiérarchique) ce type de logement demeure une ressource précieuse pour les personnes âgées à faible revenu, en majorité des femmes seules.

Au cours des années à venir, l'autonomie résidentielle d'une fraction importante des personnes âgées pourra dépendre largement du développement de formules alternatives en matière d'habitation (voir section 8.2).

Mode de cohabitation

Le mode de cohabitation influence considérablement les désirs d'hébergement des personnes âgées. Le fait de résider avec une autre personne fournit à la personne âgée " un milieu favorable aux comportements d'aide et d'activités de support" (Béland, 1982: 24).

Lorsque le système de support familial est déficient, lorsque la famille n'est pas apte à prendre soin de ses membres âgés ou lorsque les ressources familiales sont épuisées, le recours à l'institutionnalisation apparaît beaucoup plus fréquent (Lindsey et Hughes, 1981).

Depuis une vingtaine d'années, la diminution de la natalité, la hausse de la mobilité, la dispersion géographique, l'éclatement de la famille traditionnelle ont forcé de plus en plus de personnes âgées à se maintenir comme ménage indépendant. Selon le Bureau de la Statistique du Québec, en 1981, 56% des personnes âgées sont responsables d'un ménage comparativement à 49% en 1961. Le nombre de personnes âgées vivant seules s'est accru considérablement au cours de cette période passant de 8 à 21% de 1961 à 1981. Par ailleurs, seulement 11% des hommes âgés habitent seuls comparativement à 27% de femmes. Un tel écart s'explique par différents facteurs: différence d'âge entre les époux, forte surmortalité masculine et tendance plus grande des hommes à se remarier suite à une rupture d'union ou au décès de la conjointe.

Ces dernières années, l'évolution des modes de vie des aînés a été marquée par un autre phénomène: la décohabitation intergénérationnelle. Ainsi, en 1981, trois couples âgés sur quatre vivent sans enfants (Gauthier, 1986).

6.4.3 Ressources d'aide informelles

Même si l'ensemble des besoins des personnes âgées sont de plus en plus pris en charge par l'État, l'entourage (familles, amis) demeure toujours le principal dispensateur d'aide aux aînés. Ainsi, au Québec, près de 80% des personnes âgées peuvent compter sur de l'aide immédiate en cas d'urgence. L'entourage comble 73% des besoins liés à l'organisation matérielle, 31% des besoins de surveillance et 19% des soins infirmiers. En outre, la majorité des personnes âgées habitent à proximité d'un réseau familial ou social (entre 94,9% et 99%)(MAS, 1985a).

Par contre, l'aide procurée par les amis et les voisins apparaît plus souvent ponctuelle et fondée sur l'urgence. Les groupes bénévoles sont également très actifs auprès des personnes âgées mais les problèmes de financement et de définition de rôle rendent souvent difficile une action suivie dans le milieu.

Perspectives

Au cours des prochaines décennies, le comportement des familles québécoises et de l'entourage à l'égard des aînés influencera sans aucun doute considérablement la demande en services de santé et en services sociaux. Selon le MAS (1985a:23): "on peut estimer que le retrait de l'aide de l'entourage immédiat aux personnes âgées ferait s'élever de 34% le besoin du nombre de places en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de soins de longue durée et de 116% celui des places en ressources plus légères".

Compte tenu de l'évolution de la nuptialité et de la divortialité, on peut penser que le nombre de personnes âgées vivant seules continuera vraisemblablement de croître d'ici le tournant du siècle. En raison de la surmortalité masculine au-delà de 65 ans et de la tendance plus grande des hommes à se remarier suite à une rupture d'union, l'importance des femmes âgées seules devrait continuer à progresser. Aux États-Unis, on estime qu'en 1995, un ménage sur deux dont les membres sont âgés de 75 ans et plus sera constitué d'une femme vivant seule (Glick, 1979). En ce qui regarde la sphère socio-émotionnelle, les femmes âgées apparaissent toutefois favorisées comparativement aux hommes du même âge. Leur insertion sociale plus diversifiée se prolongerait par une plus grande aptitude à recourir aux ressources de leur milieu informel (Corin, 1982). Cette plus grande sociabilité des femmes risque de se développer dans les années à venir, à mesure qu'elles acquièreront une expérience diversifiée débordant la sphère familiale (McIrvin Abu-Laban, 1984).

D'un autre côté, plusieurs facteurs conditionneront la disponibilité des soins familiaux au cours des prochaines décennies. Compte tenu de la croissance prévue des personnes très âgées, on peut estimer qu'un nombre grandissant d'entre elles, en particulier des femmes, survivront à plusieurs membres de leur famille. Par ailleurs, la chute de la natalité observée au début des années 60, suscitera une baisse du nombre d'aidants naturels. Au Québec, en 2031, moment où les générations de l'explosion démographique atteindront l'âge de la retraite, il pourrait y avoir entre 83 et 93 personnes âgées pour 100 personnes de 40-54 ans selon le scénario choisi. En comparaison, ce rapport se situait à 45 en 1981 (Gauthier, 1986).

A cela, il faut ajouter, que par suite de la longévité accrue, les personnes âgées de l'avenir auront peut être à s'occuper d'un ou de deux parents encore vivants. Selon Soldo et Manton (1985), la probabilité qu'a une femme de 65 à 69 ans d'avoir au moins un parent encore vivant âgé de 85 ans et plus, fera plus que doubler au cours des soixante prochaines années. Enfin, l'évolution du rôle des femmes déterminera

l'intensité et les modalités de l'aide informelle dispensée aux personnes âgées. En effet, les femmes travailleront de plus en plus à l'extérieur alors que la dispensation des soins aux aînés leur revenaient traditionnellement. Plusieurs femmes n'accepteront sans doute pas de payer seules les coûts financiers, psychologues et physiques du soin aux parents âgés.

Dans une autre perspective, on peut penser que les futurs retraités auront eu à s'adapter à diverses situations et auront développer une plus grande autonomie au cours des années précédant la retraite. Rien ne laisse présager qu'ils se retrouveront soudainement démunis au moment de franchir la retraite. Ils auront peut être développé un réseau plus large de relations parmi les gens de leur génération. Suite aux progrès réalisés au chapitre de la mortalité, les personnes âgées pourront également compter sur la présence de frères et de soeurs encore vivants (Marcil - Gratton et Légaré, 1986).

Le développement de mesures de prévention axées sur l'invalidité permettrait par ailleurs de réduire sensiblement le volume de services informels requis. Ainsi, Soldo et Manton (1985) estiment qu'entre 2020 et 2040, les femmes âgées de 85 ans et plus recevront 44,4 millions d'heures-soins de la part de leurs enfants comparativement à 8,5 millions en 1980. Une réduction des taux d'incapacité pourrait faire baisser de 61,8% le volume de services requis en 2040, moment où les générations du "babyboom" atteindront 85 ans.

En guise de conclusion, soulignons qu'il existe encore plusieurs éléments inconnus au sujet des retraités de demain. On peut penser qu'une fraction importante des personnes âgées jouiront d'une meilleure santé que leurs parents. Toutefois, nous savons peu de leurs attentes et de leurs besoins.

Comme le mentionne le CREDES (1986: 24), "il est possible qu'avec l'élévation du niveau de vie et la diminution des risques acceptés, se poursuivra la nécessité de fournir une aide quotidienne à de nombreuses personnes âgées handicapées... La satisfaction des besoins médicaux (y compris les soins de nursing) de cette population, en pleine expansion et diversification, nécessitera de plus en plus ... une prise en charge différenciée s'adaptant à l'évolution de leur état de santé, à leur environnement familial et relationnel".

Par ailleurs, l'utilisation des services de santé et des services sociaux et par conséquent, les coûts à ce chapitre, seront fortement déterminé par un autre facteur: les modalités d'organisation du système de soins.

7. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE: MODALITÉS D'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS

Outre les caractéristiques des populations, l'offre de services pourrait avoir des répercussions importantes sur l'utilisation des ressources et, par conséquent, sur les dépenses de santé. La demande en services sera fonction du niveau de ressources disponibles et du comportement des producteurs de soins. Son évolution sera donc fonction des hypothèses émises sur les facteurs qui agissent sur l'intensité des services indépendamment de l'évolution de l'état de santé (Barer et al., 1986).

Dans son rapport intitulé Objectif: Santé, le Conseil des Affaires sociales et de la famille, soulignait à quel point le rôle croissant des établissements hospitaliers, les progrès technologiques et le mode de rémunération des médecins contribuent fortement à multiplier les coûts au chapitre de la santé. Selon Roos, Shapiro et Havens (1986), le nombre de lits disponibles, l'offre de médecins et le style de pratique professionnelle pourraient exercer un effet plus marqué que le vieillissement démographique sur la consommation future des services hospitaliers.

7.1 Recours à des soins plus intensifs

L'étude de l'incidence de divers facteurs sur la croissance des coûts de fonctionnement des hôpitaux canadiens pour la période 1961-1981, montre que les principaux facteurs ayant contribué à l'augmentation des dépenses dans ce secteur sont le taux d'hospitalisation et les coûts par patient. Les phénomènes démographiques et l'évolution de la morbidité hospitalière au cours de cette période n'auraient pas entraîné une hausse appréciable de la demande de services. Par contre, les taux de salaire plus élevés accordés aux employés d'hôpitaux et, dans une moindre mesure, les services plus nombreux et plus intensifs auraient eu une incidence importante sur la croissance des coûts de fonctionnement des hôpitaux (Auer, 1986a).

7.2 Évolution des effectifs médicaux

Par ailleurs, une proportion de la demande serait induite par les professionnels. Au Québec, Bélanger (1986) a observé une forte corrélation entre la densité médicale (nombre de médecins par 1000 habitants) et l'indice standardisé (pour l'âge) des coûts par habitant. Les coûts

plus élevés dans les régions à forte densité médicale tiendraient à la forte concentration de médecins spécialistes dans ces régions, lesquels exigent des frais plus élevés. De même il y aurait une relation positive entre la durée moyenne d'hospitalisation dans une région et le nombre de lits d'hôpitaux pour 1000 habitants.

Des estimations récentes indiquent que le nombre de médecins devrait augmenter environ cinq fois plus rapidement que la population d'ici l'an 2000 (La Haye et Sinclair, 1982). Compte tenu du mode de paiement à l'acte qui associe le niveau de rémunération au volume des actes posés, on pourrait assister, dans l'avenir, à une escalade majeure des coûts (Glaser, 1986).

7.3 Développement technologique

Le développement technologique joue également un rôle de premier plan dans la dynamique du système de santé (Contandriopoulos et al., 1986). L'utilisation de techniques de traitement coûteuses constitue un des principaux facteurs qui expliquent la progression marquée des coûts de soins de santé. Comme le soutient Auer (1986b: 13):

> A en juger par les projections passées et par la montée des coûts au cours des dernières années (...), les dépenses au chapitre de la santé ont progressé plus rapidement que ne le justifiaient la croissance démographique et les taux d'utilisation des divers groupes d'âge, ce qui signifie que de nouvelles technologies médicales requièrent des services plus intensifs.

Les progrès technologiques permettant de soigner ou de prolonger la vie des malades occasionnent des déboursés énormes. On a ainsi évalué à environ 25% la part du budget d'un hôpital universitaire québécois consacré à l'application de technologies thérapeutiques visant le maintien de la vie et le rétablissement des fonctions organiques chez des malades auparavant incurables (McGrégor, 1985). Soulignons que les États-Unis consacrent, à l'heure actuelle, environ 1% de leur produit national brut aux personnes âgées qui sont dans leur dernière année de vie. Cette somme est inférieure au montant alloué aux établissements pour malades mentaux, aux dépenses privées et publiques en recherche fondamentale et appliquée, et plus que le montant affecté aux collèges privés et universités du pays. A l'inverse, une telle somme est inférieure à celle consacrée à l'alcool et au tabac (Fuchs, 1985).

PARTIE III

LE CONTROLE DES COÛTS

8. Quelques solutions proposées

Après avoir envisagé les facteurs susceptibles d'affecter la croissance des coûts liés au vieillissement de la population, il convient ici de s'arrêter un moment afin d'illustrer, à titre indicatif, les possibilités de contrôle à ce chapitre.

En ce qui concerne les personnes âgées, divers mécanismes d'interventions en milieu hospitalier pourraient contribuer à une meilleure utilisation de ce type de ressources.

Comme le mentionne Aronson, Marshall et Sulman (1986: 14):

> The image of a threatening deluge of old people bearing down on the hospital system (...) can be more accurately replaced by one of a small group of patients who can potentially be targeted for special preventive or service delivery measures.

A ce titre, on a suggéré diverses mesures telles la mise sur pied de services d'évaluation gériatrique, l'affectation d'un certain nombre de lits de soins prolongés à la réadaptation gériatrique (Robertson, 1986), le développement d'unités de courte durée gériatrique (Dongois, 1986), et de consultations externes gériatriques (MSSS, 1986a).

De tels mécanismes permettraient aux patients âgés de recouvrir une plus grande autonomie de fonctionnement, contribueraient à éviter leur placement prématurément ou à tort dans un établissement de soins et, dans certains cas, à réduire la durée d'hospitalisation et à abaisser les coûts directs (Robertson, 1986).

Par ailleurs, diverses options ont été mises de l'avant dans plusieurs pays afin de réduire les coûts des soins de santé: privatisation, systèmes de gestion hospitalière, analyses avantages-coûts des interventions etc.

Par exemple, compte tenu de la concentration des coûts au cours de la dernière année de vie, certains estiment que des solutions nouvelles et moins coûteuses pour dispenser des traitements aux malades adultes en phase terminale pourraient s'avérer fort rentables (Roos, Shapiro et Havens, 1986).

Afin de contrôler la demande induite par les professionnels, diverses solutions ont par ailleurs été proposées: limitation des effectifs médicaux, modification du mode de rémunération et de la pratique médicale (Glaser, 1986; Champagne et al., 1986), recours à des infirmières praticiennes (Horne, 1986).

Horne (1986), par exemple, a estimé qu'un gain d'efficience de 7% dans la dispensation des services hospitaliers permettrait de réduire de 680 $ millions la hausse des dépenses de santé projetée pour 2021 par la firme Woods Gordon (1984). L'élimination de divers types de soins inutiles pourrait susciter une économie de 450 $ millions des coûts projetés par Woods Gordon (1984) d'ici 2021. Quant au recours à des infirmières praticiennes, il permettrait de réduire la hausse des coûts médicaux de 10 à 15% en 2021.

La section suivante commente certaines mesures mises de l'avant dans le but de contrôler les coûts liés à l'institutionnalisation des personnes âgées.

8.1 Désinstitutionnalisation

Dans un contexte de rationnement des ressources, certains pensent que le développement de modes alternatifs de prestation de soins de santé pourrait constituer un des meilleurs moyens de ralentir la croissance des coûts des services de santé en même temps qu'il permettrait de répondre de façon plus adéquate aux besoins des bénéficiaires. La politique québécoise axée sur les ressources non-institutionnelles est basée sur ces deux éléments: d'une part, elle vise à améliorer l'efficacité du système de soins et à rationaliser l'ensemble des ressources socio-sanitaires; d'autre part, elle provient d'une réaction aux impacts négatifs que les milieux institutionnels produisent sur les bénéficiaires (dépendance accrue, marginalisation, isolement).

La nécessité d'un virage majeur dans l'organisation des soins dispensés aux personnes âgées n'est pas nouvelle. Elle apparaît d'autant plus justifiée du fait qu'une part importante de patients hébergés en centre d'accueil d'hébergement (46%) et en centre hospitalier de longue durée (14%) le seraient à tort et sont contraints à cette forme d'institutionnalisation faute de ressources alternatives (Sicotte 1982).

Le problème de l'accessibilité aux soins prolongés ne serait pas tant lié au manque de lits mais davantage à une utilisation inappropriée des ressources institutionnelles faute de services alternatifs et à un manque de coordination des différentes composantes du système de prestation de soins (MAS, 1982).

Ceux qui suggèrent des solutions de rechange aux soins en établissement invoquent souvent le coût moins élevé des soins communautaires. Le coût moyen d'une heure de services à domicile par jour serait environ quatre fois inférieur au coût moyen par jour en centre d'accueil et d'hébergement, et environ sept fois moindre qu'en centre hospitalier de longue durée (Roy, 1985). Une place dans un hôpital de jour coûterait 5 000 $ par an. En comparaison, le coût d'un lit en centre d'hébergement s'éleverait entre 18 et 20 000 $ et celui d'un lit en centre hospitalier de soins de longue durée à environ 40 000 $ (Guérin, 1986a).

8.1.1 Services de maintien à domicile

Au Canada, la firme Woods Gordon (1984) a tenté d'évaluer dans quelles mesures un scénario alternatif favorisant un moins grand recours aux ressources institutionnelles permettrait de réduire les coûts imputables au changement démographique au cours des années à venir. Les auteurs estiment que la réduction des taux d'institutionnalisation des personnes âgées du niveau actuel de 9,5% à 6,0% pourrait susciter une économie de 5,9 billion, soit environ 43,1% des coûts (13,7 $ billion) occasionnés par le seul vieillissement démographique entre 1981 et

2021[27]. En comparaison, deux autres mesures soient: 1) la réduction des taux d'utilisation des hôpitaux à vocation psychiatrique au niveau atteint en Saskatchewan en 1981 et 2) la réduction, chez les moins de 65 ans, de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux généraux et affiliés d'environ 1 journée, susciteraient des réductions des dépenses de santé beaucoup plus faibles soient 225 $ et 630 $ millions respectivement.

Ces résultats ont fait l'objet de critiques (Horne, 1986). Les recherches se rapportant à l'évaluation de resssources alternatives montrent en fait qu'en raison de la question de la substitution des services pour les clientèles à risque d'hébergement, la réduction de coûts n'est pas un objectif facile à atteindre.

Au terme d'une recension des écrits se rapportant à l'évaluation des soins et des services à domicile, Gosselin (1986) conclut que la clientèle la mieux desservie par ces services est celle qui présente une incapacité légère ou moyenne. C'est du moins celle qui donne la réponse la plus favorable du point de vue physique, psychologique ou social. C'est également celle pour qui la distribution des services contribue le plus à réduire le taux d'institutionnalisation ou d'hospitalisation à un coût avantageux. La réduction de l'institutionnalisation, comme conséquence de l'utilisation des services d'aide serait en outre conditionnelle à: 1) la présence d'une source d'aide au domicile de la personne âgée; 2) au mode de distribution des services (services continus offerts les fins de semaine) ou de la fréquence des services. Enfin, l'efficacité des services à domicile serait aussi tributaire de 1) l'efficacité du système de soins et 2) des politiques plus générales (logement, revenu) d'intégration des personnes âgées à la communauté (Contandriopoulos, 1984).

En Europe, notamment au Royaume-Uni, plusieurs observateurs considèrent également avec prudence les prétendus avantages économiques des services à domicile (Fédération européenne pour les personnes âgées, 1977). Ces services peuvent être une solution de rechange appropriée et avantageuse dans certains cas mais non dans d'autres. Ils pourraient particulièrement s'avérer avantageux dans certaines régions où les ressources spécialisées sont limitées (Robertson, 1986).

En somme, la mise en place de ressources alternatives ne provoque pas automatiquement une diminution des coûts reliés aux soins et aux servi-

---

27. Ce scénario assume que tous les patients "désinstitutionnalisés" sont pris en charge par les services de soins à domicile.

ces à long terme.[28] Ainsi Horne (1986) a estimé que, sous des conditions revisées, la diminution des coûts attribuables à la désinstitutionnalisation ne serait pas de 5,9 $ billion, tel qu'évalué par Woods Gordon (1984), mais plutôt de 2,3 $ billion.

En marge des économies financières liées à l'implantation des services à domicile, plusieurs mentionnent toutefois l'importance de considérer les avantages sociaux pouvant résulter de tels programmes notamment l'impact sur la qualité de vie des bénéficiaires et leur famille ou sur les niveaux de morbidité et de mortalité (Contandriopoulos et al., 1986; Gosselin, 1986).

8.1.2 Soins de répit

Il existe un consensus de plus en plus grand sur la nécessité de modifier l'organisation et le fonctionnement des services en établissant des liens plus étroits entre ces services et les soins non structurés (Walker, 1986; Béland, 1982). Si l'on veut favoriser le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie, les politiques devraient non seulement s'adresser aux personnes âgées mais aussi aux familles qui prennent soin de leurs membres âgés. A cet égard, Béland (1982) suggère que les services à domicile aient davantage pour fonction de supporter les aidants qui ont en charge les personnes âgées en perte d'autonomie que celle de maintenir à domicile les personnes qui n'ont pas de support de l'entourage.

Actuellement, on peut penser que les coûts sociaux des changements démographiques et des politiques économiques sont pris en charge par les organismes bénévoles et les familles. Traditionnellement, ce sont les femmes qui ont assumé la majeure partie de l'aide informelle dispensée aux personnes invalides et malades. Selon Havens, un grand nombre d'entre elles s'appauvrissent en prenant soin de parents âgés. "Non seulement ces femmes perdent-elles leur revenu, souligne-t-elle, mais elles doivent aussi accepter une diminution de leurs prestations de retraite du fait qu'elles n'auront pas suffisamment cotisé à leur régime et qu'elles auront perdu ces années de services. Cet appauvrissement futur en regard des soins apportés à la population âgée et malade, poursuit-elle, est carrément incompatible avec toute conception de l'équité" (Havens, 1986: 17).

Au chapitre des soins de répit, quelques expériences ont été tentées.

Au Royaume-Uni, par exemple, le programme de soins à domicile du comté de Kent comprend des budgets spécifiques qui permettent aux travailleurs sociaux de rémunérer les personnes s'occupant des aînés.

---

28. Pour une revue détaillée sur ce sujet on pourra consulter le vaste travail de recension entrepris par le Centre des Services sociaux du Montréal métropolitain (voir Grandmaison, 1986; Grandmaison et Gosselin, 1986,; Gosselin, 1986).

En Nouvelle-Ecosse, on verse 4 800 $ par an aux parents prenant en charge des personnes âgées qui, sans cela, seraient entrées en institution (voir Walker, 1986).

Par ailleurs, en Grande-Bretagne notamment, on utilise de plus en plus les centres d'accueil pour des séjours temporaires. Ces programmes d'hébergement temporaire pouvant varier de quelques jours à quelques semaines ont pour fonction première d'alléger le fardeau émotionnel et physique qu'assument les familles prenant soin de personnes âgées.

Les études publiées jusqu'à ce jour sur cette ressource sont cependant peu nombreuses et surtout descriptives. Elles ne permettent pas, en général, de confirmer si ces programmes retardent l'admission en établissements de soins mais elles révèlent un fort taux de satisfaction chez les familles qui ont bénéficié de soins de répit (Gosselin, 1986).

Des recherches seront nécessaires afin d'évaluer la combinaison appropriée de services structurés et non structurés, ainsi que l'impact de divers services de soutien et incitatifs financiers (crédits d'impôt, réforme du système de pension) sur l'utilisation des ressources institutionnelles.

8.1.3 Système de coordination des ressources

Selon plusieurs, la combinaison de différentes méthodes de prestation de soins (par exemple services à domicile et centres de jour) serait plus efficace afin de réduire les taux d'institutionnalisation.

Dans cette perspective, divers systèmes de coordination ont été implantés aux États-Unis au cours des années 70 et au Canada plus récemment. Ces systèmes visent une rationalisation plus adéquate des ressources existantes en fonction des besoins des bénéficiaires. L'intégration des services se manifeste tant au plan administratif que professionnels. L'objectif fondamental est d'assurer l'accessibilité aux soins prolongés sur une base continue, globale et complémentaire. Les modalités organisationnelles de ces systèmes ont été décrites ailleurs (voir MAS, 1982; Grandmaison, 1986; Havens, 1986; Robertson, 1986).

Selon le Plan international d'action sur le vieillissement, l'implantation d'un réseau de services intégrés pourrait contribuer fortement à améliorer l'efficience et à diminuer les coûts du système. (Conseil Consultatif national sur le troisième âge).

La mise en place d'un réseau de ressources intégrées (pouvant inclure les soins et les services à domicile, les services gériatriques spécialisés, les ressources communautaires etc.) a un attrait certain sur le plan clinique mais aussi parce qu'elle favoriserait le dévelop-

pement et la diversification des ressources alternatives à l'institutionnalisation ainsi que le décloisonnement entre le secteur institutionnel et communautaire (Robertson, 1986; Grandmaison, 1986). Au chapitre des coûts, les résultats apparaissent toutefois moins clairs. Si la gestion de cas est intégrée au système de soins de longue durée au Manitoba, en Colombie-Britannique et en Alberta, peu d'études évaluatives ont cependant été effectuées afin de déterminer le rapport avantages/coûts d'un tel système au Canada. Une étude réalisée à Calgary révèle que l'élaboration d'un plan de service dans le cadre d'un réseau de services intégrés, permet de réduire les coûts du système en évitant la duplication des services et en réduisant la durée d'hospitalisation. Un tel système contribue en outre à réduire la dépendance des personnes âgées vis-à-vis des services (Bonham et Hannah, 1986).

Grandmaison (1986) a par ailleurs recensé sept projets américains ayant effectué une étude de coûts. Parmi ceux-ci, trois rapportent des réductions alors que les quatres autres ne rapportent aucune économie ou une augmentation des coûts des services. En dépit de ces résultats, l'ensemble des projets évalués favorise la mise en place de systèmes de coordination des ressources pour les personnes âgées nécessitant des soins et des services à long terme. Les facteurs suivants contribueraient à la diminution de l'utilisation des ressources institutionnelles et à la réduction des coûts de distribution des soins de santé et des services sociaux:

- "la substitution des ressources alternatives aux ressources institutionnelles pour les clientèles à haut risque d'hébergement susceptibles de bénéficier d'un réseau de support informel;

- le travail de prévention auprès de cette clientèle-cible en vue de retarder le processus de détérioration de l'état de santé;

- l'accessibilité à un réseau de ressources alternatives (à domicile et communautaires) diversifiées, en quantité suffisante et disponibles aux moments opportuns;

- l'utilisation optimale de la ressource "centre de jour" et de l'approche multidisciplinaire;

- la coordination de plans de services intégrant les tâches reliées à l'accueil, à l'évaluation, à la prescription des services, à la mobilisation des ressources, à l'implantation des plans de services et au suivi" (GrandMaison, 1986: 58-59).

8.2 Quelques expériences novatrices auprès de personnes âgées

Au chapitre des soins à domicile, plusieurs innovations ont vu le jour ces dernières années: visites de gardiens ou gardiennes, services d'alerte par radio ou de téléphone d'urgence, systèmes personnels

d'alerte, réseaux de soutien formés d'aides bénévoles du voisinage, etc. En Grande-Bretagne, de tels programmes permettraient de soigner à leur domicile, dans des logements protégés ou très protégés des personnes âgées qui, autrement, seraient admises en institution et cela, sans déboursés supplémentaires de l'État (Walker, 1986).

Par ailleurs, afin de pallier au problème de logement des personnes âgées, diverses expériences ont été tentées au Québec et à l'étranger: coopératives et corporations, cohabitation, concentration de personnes âgées dans les immeubles d'habitation (par exemple les HLM), séjour temporaire en appartements ou en maison d'accueil, granny flat[29], petites unités de vie, complexe d'habitation et de services, unités de vie en centre d'accueil, etc.

Bilodeau et Bélanger (1985) ont procédé à l'évaluation de diverses innovations permettant le maintien et l'indépendance des personnes âgées dans leur environnement. Les auteures regroupent ces diverses expériences sous trois rubriques:

- les formules d'habitation telles que mentionnées ci-haut;
- la qualité du milieu de vie: vigilance des facteurs, surveillance dans les immeubles, réseau d'entraide informel, lunch club, entraide entre pairs;
- le soutien à domicile: repar'age, réseau d'aide aux personnes âgées par des jeunes, support aux familles.

Les auteures ont retenu en particulier quatre projets qui ont tous en commun de répondre à des besoins reconnus dans le milieu, permettant l'utilisation des ressources existantes, d'être de dimensions restreintes et ainsi de pouvoir être expérimentées facilement, à peu de frais et avec un bon suivi.

La sélection des projets étaient plus précisément fondée sur les critères suivants:

- le caractère novateur des formules,
- une infrastructure minimum,
- la facilité de réalisation,
- la possibilité d'évaluation rapide,
- le tout devant permettre ou faciliter le plus de contrôle possible des personnes âgées sur leur environnement.

---

29. Le "granny flat" est une formule d'habitation développée en Australie. L'idée générale est l'installation d'une maison préfabriquée sur le même terrain que celui de la maison de la famille. Elle permet aux personnes âgées à revenu moyen et relativement autonomes de demeurer près de leur famille, tout en conservant leur indépendance.

Les projets retenus par les auteures sont:

- La cohabitation ("Share-a-Home") - expérience développée notamment en Floride, au début des années 70. Elle permet aux personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie n'ayant pas les ressources physiques, psychologiques ou financières pour vivre indépendamment, de partager leur vie avec d'autres membres du même âge dans un cadre "familial";

- Le repar'age vise à compléter les services actuels pour faciliter le maintien à domicile en offrant, à peu de frais un service de dépannage-mobile à toute personne de 60 ans et plus ne pouvant effectuer les réparations mineures dans son logement;

- L'extension de la formule "lunch club" , expérience anglaise déjà développée au Québec. Cette formule, dérivée du service popotte roulante permet à toute personne âgée d'aller prendre un bon repas par jour dans un lieu de rencontre accueillant. Elle vise à offrir une bonne alimentation aux personnes âgées, à développer de bonnes habitudes alimentaires, à alléger la solitude, à combler les besoins de relations affectives et à établir un noyau de base pour la création d'un réseau de quartier;

- L'adaptation de la formule "Warden" d'origine britannique. Le "Warden" est une personne-ressource pour les personnes âgées propriétaires ou locataires. Sa présence permet de créer un climat de confiance et de sécuriser les personnes âgées autonomes et en perte d'autonomie résidant en immeubles à concentration d'âge.

Ce relevé, sans être exhaustif, illustre les possibilités offertes aux personnes âgées désirant demeurer dans leur milieu de vie.

CONCLUSION

Quelles que soient les solutions adoptées, le principal défi auquel auront à faire face les planificateurs et les responsables politiques au cours des prochaines années est sans doute celui d'utiliser efficacement les ressources limitées du système de santé et des services sociaux pour répondre aux besoins de la population vieillissante. La diminution prévue du nombre d'aidants naturels, la hausse des coûts reliés à l'hébergement et à la distribution des soins de santé, l'utilisation inadéquate des ressources institutionnelles et l'absence ou l'insuffisance des ressources alternatives rendent urgents la mise en place d'une série de services susceptibles de répondre aux besoins diversifiés de la population âgée.

En s'inspirant de divers écrits, on pourrait relever certains facteurs importants à considérer dans la mise sur pied de modes alternatifs de prestation de soins aux aînés et/ou la réorganisation des services actuellement offerts aux personnes âgées:

- l'application limitée, dans le contexte nord-américain, de certaines stratégies inspirées de l'étranger (Havens, 1986);

- l'importance de concilier rentabilité économique et efficacité des soins (Walker, 1986);

- la nécessité d'adopter des formules souples tenant compte de la nature et de la gravité de la maladie, de l'incapacité, du type, de la combinaison et de la fréquence des services requis, ainsi que la possibilité que des membres de la famille ou autres prestateurs de soins puissent s'occuper du bénéficiaires (Robertson, 1986; Fédération européenne pour les personnes âgées, 1980; Béland, 1982; Gosselin, 1986);

- l'importance de favoriser le respect des initiatives locales, l'autonomie économique et la participation des personnes âgées à la vie sociale (Carette, 1986; Walker, 1986; Grandmaison, 1986; Contandriopoulos, 1984; Fédération européenne pour les personnes âgées, 1977; Lévesque et al., 1986).

Enfin, au chapitre du contrôle des coûts, deux autres remarques s'imposent:

1° S'il apparaît de plus en plus important d'envisager des modes alternatifs de prestation de soins aux aînés, certains estiment qu'au moins 6% de la population âgée canadienne devra probablement recevoir des soins prolongés en établissement lorsque toutes les possibilités auront été épuisées (Robertson, 1986).

2° En voulant contrôler les coûts de santé, il faudrait éviter de trop compter sur la réorganisation des services de santé pour les personnes âgées (laquelle demeure fort importante au chapitre de la qualité des soins et l'adéquation de ces soins aux besoins de bénéficiaires) et ainsi de négliger plusieurs problèmes qui dans le futur auront des répercussions plus grandes sur les dépenses relatives aux soins de santé (Angus, 1986; Horne, 1986).

ANNEXE I

Annexe 1

Journées d'hospitalisation de courte durée et durée moyenne de séjour dans les CHCD selon le groupe d'âges et le sexe, Québec, 1984-85 versus 1980-81*

		1980-81				1984-85			
		Nombre de cas (1)	Journées d'hospitalisation (2)	Durée moyenne de séjour (2)/(1)	Journées par 1000 hab.	Nombre de cas (1)	Journées d'hospitalisation (2)	Durée moyenne de séjour (2)/(1)	Journées par 1000 hab.
1 an	H	12,070	96,125	8,0	1 916,7	10,249	74,840	7,3	1 682,2
	F	8,644	77,275	8,9	1 632,1	7,004	54,966	7,8	1 302,2
	T	20,714	173,400	8,4	1 778,5	17,253	129,806	7,5	1 497,2
1 - 14	H	40,062	188,186	4,7	281,5	35,076	165,448	4,7	249,7
	F	28,882	132,885	4,6	209,4	25,164	124,614	5,0	200,1
	T	68,944	321,071	4,7	246,4	60,[illegible]	290,062	4,8	225,7
15 - 24	H	29,786	248,561	8,3	385,4	23,[illegible]	216,735	9,1	370,2
	F	76,748	416,317	5,4	669,2	63,700	353,974	5,6	622,0
	T	106,534	664,878	6,2	524,7	87,509	570,709	6,5	494,3
25 - 44	H	57,938	529,711	9,1	562,0	58,130	552,312	9,5	522,0
	F [1]	157,119	1 048,724	6,7	1 114,2	154,339	1 059,492	6,9	996,8
	T	215,057	1 578,435	7,3	837,9	212,469	1 611,804	7,6	760,0
45 - 64	H	81,738	935,947	11,5	1 602,9	84,989	979,099	11,5	1 589,9
	F	79,508	925,563	11,6	1 467,0	79,091	955,415	12,1	1 455,8
	T	161,246	1 861,510	11,5	1 532,4	164,080	1 934,514	11,8	1 520,7
65 - 74	H	39,210	563,122	14,4	3 589,1	46,343	680,963	14,7	4 045,4
	F	32,910	555,656	16,9	2 788,0	42,252	690,690	16,3	3 125,2
	T	72,120	1 118,778	15,5	3 140,9	88,595	1 371,653	15,5	3 523,1
75 ans et plus	H	24,890	421,543	16,9	5 871,8	32,609	622,973	19,1	7 709,0
	F	28,720	573,220	20,0	4 788,8	40,942	921,077	22,5	6 356,3
	T	53,610	994,813	18,6	5 194,8	73,551	1 544,050	21,0	6 840,6
Tous âges	H	285,694	2 983,245	10,4	919,0	291,205	3 292,370	11,3	1 023,9
	F	412,531	3 729,640	9,0	1 215,8	412,492	4 160,228	10,1	1 253,4
	T	698,225	6 712,885	9,6	1 063,2	703,697	7 452,598	10,6	1 140,5

* Exlut les séjours pour les nouveaux-nés en santé et les diagnostics pour bien-portants.

1. Exlut les accouchements V22-V24.

Source: Fichier Med-Echo, compilations spéciales.

BIBLIOGRAPHIE

ANGELL, M., "Cost Containment and the Physician", dans Journal of the American Medical Association, vol. 254, 1985, p. 1203-1207.

ANGUS, D.E., "Vieillissement et coûts des soins de santé: y-a-t-il un problème?", dans Cahiers québécois de démographie, vol. 15, no. 1, 1986, p. 1-25.

ARGUIN et al., Après 65 ans, conditions de vie, besoins, aspirations, Conseil Régional de Bien-être de Sherbrooke, Estrie, 1972.

ARONSON, J., V. MARSHALL et J. SULMAN, Patients awaiting discharge from hospital dans Victor W. Marshall (Ed.), Aging in Canada: Social Perspectives, 2ième édition, Toronto, Fitzhenry and Whiteside, 1986.

ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL Du QUÉBEC, Une problématique de recherche... Pour une meilleure adéquation des ressources aux besoins des personnes âgées, Montréal, ACAQ, Direction des services professionnels, 1985, 35 p.

ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL DU QUÉBEC, Réflexions sur le système québécois de santé et de services sociaux, Document présenté à la Commission d'Enquête sur la Santé et les Services sociaux connexes, Québec, ACAQ, 1986, 56 p.

ATTIAS-DONFUT, C., "Vie et mort des centres de jour" dans J.C. HENRARD (Ed.), Santé publique et vieillissement, Colloque tenu à Paris les 18 et 19 juin 1981, Paris, Les Éditions de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, 1981, p. 265-274.

AUER, L., Certaines données statistiques de référence, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986a, 30 p.

AUER, L., Coût et productivité des hôpitaux canadiens, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986b, 25 p.

BANTA, D., Le vieillissement et les technologies nouvelles dans le domaine des soins de santé, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 35 p.

BARER, M.L. et al., Toward Efficient Aging, Rhetoric and Evidence, Paper prepared for presentation at Third Canadian Conference on Health Economics, Winnipeg, Manitoba, May 29-30, 1986, Ottawa, Health and Welfare Canada, 1986, 35 p.

BARER, M.L. et P. WONG FUNG, Fee Practice Medical Service Expenditure per Capita, 1983-84 and Full-Time - Equivalent Physicians in British Columbia, 1979-80 to 1983-84, HMRU Report 85: 1, University of B.C., Division of Health Services Research and Development, 1985.

BÉLAND, F., Une enquête sur les personnes âgées vivant à domicile dans trois villes du Québec, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction des politiques de santé, 1980.

BÉLAND, F., Les principaux résultats de l'analyse des désirs d'hébergement de trois échantillons de personnes âgées au Québec, Québec, Ministère des Affaires sociales, Service Évaluation-santé, 1982, 35 p.

BÉLANGER, A., L'Effet du vieillissement démographique sur les dépenses publiques de la santé au Québec: une étude multirégionale 1981-2006, mémoire de maîtrise, Université de Montréal, département de démographie, 1986, 138 p.

BERNIER, C., "Dans les HLM, des personnes âgées vivent dans la dépendance et la peur", dans La Presse, le 30 janvier 1987, p.A-4.

BILODEAU, D. et L. BÉLANGER, Logement protégé, services: formules nouvelles, Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, Direction de la planification et de la coordination du réseau, 1985, 92 p. et annexes.

BLAZER, D.G., "Social Support and Mortality in an Elderly Community population" dans American Journal of Epidemiology, vol. 115, no. 5, 1982, p. 684-694.

BOLDUC, M., G. MICHAUD et M. ROY, État de situation préliminaire et proposition d'hypothèses de travail. Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le réseau de ressources privées d'hébergement et de soins de longue durée au Québec, Document de travail, Québec, MSSS, 1986, 33 p.

BONHAM, G. et B. Hannah, Strategy for promoting Independance in the Elderly, Paper submitted to the CPHA 1986 Convention, June 18, Calgary, Calgary Health Services, 9 p.

BOUTIN, J.G. et J. BISSON, Les consommateurs et les coûts de la santé au Québec de 1971 à 1975, Québec, Régie de l'assurance-maladie, Service de la recherche et de la statistique, 1977, 30 p.

BROUARD, N. et J.M. ROBINE, Une modélisation du confinement à domicile des personnes âgées, 3ème colloque international biologie théorique et médecine, Angers, 1986, 19 p.

BUCK, C., How direct is the Path toward lengthening the Lifespan and Improving the Quality of Life? Presentation to the Colloquium on Aging with limited Health Resources, Winnipeg, Manitoba, May 5-6, Ottawa, Economic Council of Canada, 1986, 12 p.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Perspectives démographiques régionales, 1981-2006, Québec, B.S.Q., 1984, 436 p.

BUREAU OF HEALTH PLANNING, Performance Evaluation Program: Study IV, Long Term Care, Hyattsville, U.S. Department of Commerce National Technical Information Service, 1982, 36 p.

CAIN, P.S., "Prospects for Pay Equity in a Changing Economy" dans Heidi I. Hartman, (Ed.), Comparable Worth-New Directions for Research, Washington, D.C., National Academy Press, 1985, p. 137-165.

CAMIRAND, F., L'impact du vieillissement de la population sur les programmes de santé, Présentation au congrès de l'ASDEQ 1986 "Les politiques sociales: l'État protecteur en crise", les 24-25 avril 1986, MSSS, Évaluation des programmes de santé, 19 p.

CAMIRAND, F., Les coûts de la maladie, Québec, CASF, 1983, 50 p., (Coll. "La santé des Québécois").

CAMIRAND, F., Estimation des coûts directs de la maladie au Québec en 1980-1984: document technique, Québec, Collection: dossier, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983, 91 p.

CARETTE, J., L'institutionnalisation élargie des personnes âgées, Thèse présentée à l'Université du Québec à Montréal comme exigence partielle du doctorat en sociologie, 1985, 343 p.

CENTRE DE RECHERCHE D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, Consommation médicale et état de santé des personnes âgées, Socio-économie de la santé, une synthèse des travaux effectués par l'équipe de recherche du CREDES au 30 avril 1986, Paris, CREDES, 1986, 29 p.

CHAMPAGNE, F. et al., Évolution de l'implantation du projet pilote de rémunération des médecins en centre d'accueil d'hébergement, Montréal, GRIS, Université de Montréal, 1986.

CHARRAUD, A., "La consommation médicale: disparités biologiques et sociales, évolutions significatives entre 1970 et 1980", dans Santé solidarité. Études statistiques, 1984, p. 13-26.

COLVEZ, A., "L'état de santé des personnes âgées - Situation aujourd'hui, interrogations pour demain", dans Futuribles, no. 88, 1985, p. 87-102.

COLVEZ, A. et M. BLANCHET, "Disability Trends in the United States Population 1966-76: Analysis of reported Causes", dans American Journal of Public Health, vol. 71, no. 5, 1981, p. 464-471.

CONSEIL CONSULTATIF CANADIEN DE LA SITUATION DE LA FEMME, Les femmes et la pauvreté: quelles sont leurs chances? Ottawa: C.C.C.S.F., feuille de données no. 6.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, Objectif: Santé, Québec, CASF, 1984, 217 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. "L'économie du système de santé", dans Institut québécois de recherche sur la culture, Traité d'anthropologie médicale, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985, p. 43-479.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et A. LEMAY, L'évolution et la structure des coûts du système de santé et des services sociaux au Québec, Montréal, FCLSCQ, 1986, 162 p. (Collection Étude et analyse).

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al., Les services d'aide à domicile et l'utilisation des ressources du système de soins, Montréal, GRIS, Université de Montréal, 1984.

CORIN, E., "Les stratégies sociales d'existence des personnes âgées: une utilisation dynamique de l'analyse des réseaux sociaux", dans Santé mentale au Canada, vol. 30, no. 3, 1982, p. 8-14.

CORNONI-HUNTLEY, J.C. et al., "Epidemiology of Disability in the Oldest Old: Methodologic Issues and Preliminary Findings" dans Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 63, no. 2, 1985, p. 350-376.

DAVIES, M., "Epidemiology and the Challenge of Aging" dans International Journal of Epidemiology, vol. 14, no. 1, 1985, p. 9-21.

DELISLE, N., "Le tiers des vieillards encore dans la pauvreté", dans Le Devoir, le 29 décembre 1981, p. 1.

DENTON, F. et B. SPENCER, "Population Aging and Future Health Costs in Canada" dans Canadian Public Policy, vol. IX, no. 2, 1983, p. 155-163.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE MAISONNEUVE-ROSEMONT ET VERDUN, Actions de promotion de la santé chez les personnes âgées autour de la médication dans la région du Montréal métropolitain, novembre 1986.

DE RAVINEL, H., Des perspectives préoccupantes pour les aînés de l'an 2000, dans La Presse, le 7 mars 1987, p. D3.

DÉSY, J., Places requises en milieu institutionnel (CAH-CHSP) Le Québec, 1982, 1986, Québec, Ministère des Affaires sociales, Service du développement des ressources-Santé, 1982.

DILLARD, S., Durée ou qualité de la vie? Québec, CASF, 1983, 70 p., (Coll. "La santé des Québécois").

DONGOIS, M., "Hôpital de jour - le modèle québécois", dans Santé Société, 1986, vol. 8, no. 4, 1986, p. 48-50.

DONGOIS, M., "La courte durée gériatrique", dans Santé Société, vol. 8, no. 3, 1986, p. 44-45.

DUNLOP, B.D., "Expanded Home-Based Care for the Impaired Elderly: Solution or Pipe Dream?", dans American Journal of Public Health, vol. 70, no. 5, 1980, p. 514-519.

EVANS, R.G., D. ROCH et D. PASCOE, Defensive Reticulation, Paper presented at the Third Canadian Conference on Health Economics, Winnipeg, Manitoba, May 29-30, 1986, Ottawa, Health and Welfare Canada, 1986.

EVANS, R.W., Réflexions sur le progrès des techniques médicales, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 35 p.

FÉDÉRATION EUROPÉENNE POUR LES PERSONNES AGÉES, "L'assistance aux personnes âgées en Autriche", dans EURAG, no. 23, 1980, 28 p.

FÉDÉRATION EUROPÉENNE POUR LES PERSONNES AGÉES, "Le maintien à domicile des personnes âgées", dans EURAG, no. 12, 1977, 22 p.

FELLER, B.A., "Americans needing Help to function at Home"
Vital and Health Statistics of the National Center for Health Statistics, DHHS Publication No. (PHS) 83-1250, vol. 92, 1983, p. 1-12.

FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL, "Aging and Social Expenditure in the Major Industrial Countries, 1980-2025", par P.S. Heller, Hemming et P.W. Kohnert, dans Occasional Paper, no.47, 1986, Washington D.C.

FOOT, D., Canada's Population Outlook, Ottawa, James Lorimer & Company Publishers en association avec le Canadian Institute for Economic Policy, 1982.

FORTIN, B. et P. FORTIN, "Trois essais sur l'impact économique du déclin démographique", dans Cahier de recherche numéro 87-02, Québec, Groupe de recherche en Politique Économique, Université Laval, 1986, 45 p.

FRIES, J.F., "The compression of morbidity", dans Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 61, no. 3, 1981, p. 399-419.

FUCHS, V.R., "Though much is taken: Reflexions on Aging, Health, and Medical Care, dans Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 62, no. 2, 1984, p. 143-165.

GAUTHIER, H. et L. DUCHESNE, Bureau de la Statistique du Québec, Les personnes âgées au Québec, Québec, Les Publications du Québec, 1986, 255 p.,

GLASER, W.A., Les problèmes dans le domaine des soins de santé au Canada et les solutions inspirées de l'étranger, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 55 p.

GLICK, P.C., "The Future Marital Status and Living Arrangements of the Elderly", dans Gerontologist, vol. 19, 1979, p. 301-9.

GOSSELIN, C., Recension des écrits: évaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, Tome IV - Évaluation des soins et services à domicile, des soins de répit et des services de protection pour les personnes âgées, Montréal, Centre de Services sociaux du Montréal métropolitain, 1986, 100 p.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME AGE, Perspectives nouvelles sur le vieillissement au Canada, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1983.

GRANDMAISON, A., Recension des écrits: Évaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, Tome III - Évaluation des hôpitaux de jour et des centres de jour pour les personnes âgées, Montréal, Centre de Services sociaux du Montréal métropolitain, 1986, 63 p.

GRANDMAISON, A. et C. GOSSELIN, Recension des écrits: Évaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, Tome 1 - Évaluation des systèmes de coordination des ressources alternatives pour les personnes âgées, Montréal, Centre de Services sociaux du Montréal métropolitain, 1986, 70 p.

GUERIN, D., "Une jeune discipline d'avenir", dans Santé Société, vol. 8, no. 3, 1986, p. 46-47.

GUÉRIN, D., "Hébergement - Le mal de vivre des personnes âgées", dans Santé et Société, vol. 8, no. 4, 1986, p. 46-47.

HAVENS, B., Propositions applicables à l'échelle nationale et internationale, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 21 p.

HORNE, J.M., Beyond "de-institutionalizing" the Elderly: Financial Savings from a more Radical Approach to Alternative Health Care delivery Methods by the year 202i, Presentation to the Colloquium on Aging with limited Health Resources, Winnipeg, Manitoba, May 5-6, 1986, Ottawa, Economic Council of Canada, 1986, 23 p.

KATZ, S. et al, "Active Life Expectancy" dans New England Journal of Medecine, vol. 309, no. 20, 1983, p. 1218-1224.

KRAMER, M., "The rising Pandemic of Mental Disorders and associated Chronic Diseases and Disabilities" dans Acta Psychiatrica Scandinavia, vol. 62, Suppl. 285, 1980, p. 282-297.

LA HAYE, J. et R. SINCLAIR, Problématique de l'évolution des effectifs médicaux et de la baisse des admissions en médecine, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction des relations de travail, 1984, 25 p.

LAVOIE, F., "Modes d'évaluation des groupes d'entraide", dans La Revue québécoise de psychologie, vol. 2, no. 3, 1981, p. 104-117.

LE BOURDAIS, C. et H. DESROSIERS, "Modifications de la situation socio-économique des femmes: L'intéraction entre l'évolution démographique et les changements dans le marché du travail", dans Canadian Studies in Population, Special Issue: Review of Demography and its Implications for Economic and Social Policy, automne 1987 (à paraître).

LEFEBVRE, L.N., L. ZSINGMOND et M.S. DEVEREAUX, Hôpitaux: horizon 2031. Les effets du mouvement de la population sur les besoins en soins hospitaliers 1967-2031, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, cat. 83-520, 1979.

LÉVESQUE, L. et al., Avis présenté à la Commission Rochon sur les soins infirmiers auprès des personnes âgées: le milieu institutionnel et communautaire, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, mai 1986, 28 p.

LEVASSEUR, M., Des problèmes prioritaires, Québec, CASF, 1983, 189 p., (Coll. "La santé des québécois").

LINDSEY, A. et E. HUGHES, "Social Support and Alternatives to Institutionalization for the At-risk Elderly" dans Journal fo the American Geriatric Society, vol. XXIX, no. 7, 1981, p. 308-315.

MANTON, K.G., "Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population", dans Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 60, no. 2, 1982, p. 183-244.

MANTON, K.G., Rapport entre morbidité et mortalité: l'incidence d'une meilleure espérance de vie à un âge avancé sur la demande de services de santé, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 39 p.

MANTON, K.G. et B.J. SOLDO, "Dynamics of Health Changes in the Oldest Old: New Perspectives and Evidence" dans Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 63, no. 2, 1985, p. 206-285.

MARCIL-GRATTON, N. et J. LÉGARÉ, Vieillesse d'aujourd'hui et de demain: un même âge, une autre réalité? Université de Montréal, Département de démographie, Document soumis au ministère de la Santé national et du Bien-être social, 1986.

MATHEWS, G., Le Choc Démographique, Québec, Boréal Express, 1984, 204 p.

MCGRÉGOR, M., "L'impact de la technologie sur le système de soins" dans Institut québécois de recherche sur la culture, Traité d'anthropologie médicale, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985, p. 385-404.

MCIRVIN ABU-LABAN, S., "Les femmes âgées: problèmes et perspectives", dans Sociologie et Sociétés, vol. XVI, no. 2, 1984, p. 69-78.

MENZIES, H., "Women and Microtechnology", dans Canadian Women Studies, vol. 3, no. 4, 1982, p. 13-17.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Consultations externes gériatriques - Orientations, Québec, MSSS, Service des soins aux personnes âgées, 1986, 123 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Hôpital de jour: orientations, Québec, MSSS, Service des soins aux personnes âgées, 1986, 102 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Problème des urgences chez les personnes âgées: suggestions et principes d'organisation des services, Québec, MSSS, Service des soins aux personnes âgées, 1986, 6 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Un nouvel âge à partager: politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec, MAS, Direction des communications, 1985a, 61 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Le système de santé et de services sociaux, Annexe statistique, Québec, MAS, 1985b.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, Québec, MAS, Direction des services hospitaliers, 1982, 126 p.

MIZRAHI, A.N. et A.R. MIZRAHI, "L'évolution des consommations médicales des personnes âgées" dans Futuribles, no. 88, 1985, p. 103-118.

NORMAND, G., "Pour les femmes l'avenir économique s'annonce plutôt sombre", dans La Presse, le 7 mai 1987, p. B 1-6.

OWEN, F., Profiles of the Elderly 4. Their Healt and the Healt Services, Mitcham Surrey, Age Concern Publication, 1977.

PATRICK, D.L., M. MORGAN et J.R.H. CHARLTON, "Psychosocial Support and Change in the Health Status of Physically Disabled People" dans Social Science and Medecine, vol. 22, no. 12, 1986, p. 1347-1354.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, Statistiques annuelles, 1980 et 1985.

RICE D.R. et J.J. FELDMAN, "Living longer in the United States: Demographic Changes and Health Needs of the Elderly", dans Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 61, no. 3, 1983, p. 362-396.

ROBERTSON, D., Méthodes de prestation des soins de santé et vieillissement de la population au Canada, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 46 p.

ROBINE, J.M., L'espérance de vie sans incapacité, Québec, C.A.S.F., 1986, 59 p.

ROBINE, J.M., N. BROUARD et A. COLVEZ, Les indicateurs d'Espérance de vie sans incapacité (EVSI). Des indicateurs globaux de l'état de santé des populations, Communication présentée au colloque conjoint ADELF/IEA tenu à Paris les 13 et 14 novembre 1986.

ROOS, N.P. et P. MONTGOMERY, Health Care Utilization by the very Elderly in the Years prior to Death, Manitoba, University of Manitoba and Health Sciences Center, 1986, 15 p.

ROOS, N.P., E. SHAPIRO et B. HAVENS, Le vieillissement dans un contexte de ressources limitées. Quelles devraient être nos préoccupations véritables, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 31 p.

ROOS, N.P., E. SHAPIRO et L.L. ROOS, "Aging and the Demand for Health Services: Which Aged and Whose Demand ?" dans Gerontologist, vol. 24, no. 1, 1984, p. 31-36.

ROSS, D., Données de base sur la pauvreté au Canada - 1983, Ottawa, C.C.D.S., 1983.

ROY, J., Bilan du maintien à domicile I: Problématique des services, Montréal, FCLSCQ, 1986, 69 p. (Collection Étude et Analyse).

ROY, J., Bilan du maintien à domicile II: Problématique des ressources, Montréal, FCLSCQ, 1986, 35 p. et annexes (Collection Étude et Analyse).

ROY, J., "Services à domicile. L'offre et la demande: un difficile équilibre", dans Santé Société, vol. 7, no. 4, 1985, p. 10-12.

ROY, L., Des victoires sur la mort, Québec, CASF, 1983, 78 p. (Colloque "La santé des Québécois").

SCHNEIDER, E.L. et J.A. BRODY, "Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity: Another View", dans The New England Journal of Medecine, vol. 309, no. 14, 1983, p. 854-856.

SCITOVSKY, A.A., "The High Cost of dying: What do the Data show?" dans Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 62, no. 4, 1984, p. 591-608.

SCITOVSKY, A.A., "Changes in the Costs of Treatment of Selected Illnesses 1971-1981", dans Medical Care, vo. 23, no. 12, 1985, p. 1345-1357.

SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES SOCIALES, Les personnes âgées en Ontario: Un programme pour les années 1980, Rapport du groupe d'étude sur le vieillissement, Toronto, Le Secrétariat, 1981, 51 p.

SICOTTE, C., Évaluation des bénéficiaires en centre d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers de soins prolongés, Québec, Ministère des Affaires sociales, Service de l'évaluation des programmes de santé, 1982, 18 p. et annexes.

"Société et vieillissement" numéro thématique de Sociologie et Sociétés, vol. XVI, no. 2, octobre 1981, 139 p.

SOLDO, B.J. et K.J. MANTON, "Health Status and Service Needs of the Oldest Old: Current Patterns and Future Trends", dans Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 63, no. 2, 1985, p. 286-319.

STATISTIQUE CANADA, Faits saillants de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1985, 38 p.

STODDART, G.L., Soins de santé pour les personnes âgées au Canada: un éventail de scénarios, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg, les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 13 p.

STONE, LEROY, O. et S. FLETCHER, Future Income Prospects for Canada's Senior Citizens, Toronto, Institut de recherches politiques, 1979, 104 p.

STONE, LEROY, O. et S. FLETCHER, Le Boom du troisième âge, Ottawa, Statistique Canada, 1986.

VERBRUGGE, L.M., "A Health Profile of Older Women with Comparaisons to Older Men", dans Research on aging, vol. 6, no. 3, 1984, p. 291-322.

VERBRUGGE, L.M., "Longer Life but Worsening Health ? Trends in Health and Mortality of Middle-ages and Older Persons" dans, Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society, vol. 62, no. 3, 1984, p. 475-519.

WALKER, A., Le troisième âge et les soins de santé au Canada: Quelques observations inspirées de l'exemple britannique, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 50 p.

WATSON, J., La santé, une nécessaire réorientation, Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé, Ottawa, Association médicale canadienne, 1984.

WHITE, D.L. et R.A. PEARLMAN, "Delivering Health Care to the Elderly - The Development and Validation Testing of a Typology of Problems", Research on Aging, vol. 8, no. 3, 1986, p. 441-454.

WIGLE, D.T., Objectifs pour le Canada en matière de santé, Communication présentée lors du colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé tenu à Winnipeg les 5 et 6 mai 1986, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 16 p.

WILKINS, R., Données sur la pauvreté dans la région métropolitaine de Montréal, Montréal, Groupe de recherche "Surfacing the Poor" et D.S.C. de l'Hôpital Général de Montréal, le 18 juin 1985.

WILKINS, R. et O. ADAMS, Evaluating the Healthfulness of Life in Canada, Montréal, Institut de recherches politiques, 1982, 15 p.

WOODS GORDON, Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada, Final Report prepared for the Task Force on the Allocation of Health Care Resources, Toronto, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Genève, WHO, 1975.

"Les femmes chefs de famille vivent toujours dans des conditions pénibles", dans Le Devoir, 22 octobre 1986.

"Les gens d'ici vivent plus vieux et sont en meilleure forme qu'avant", dans La Presse, le 7 janvier 1987, p.A8.

"Les personnes âgées occupent la moitié des lits d'hôpitaux", dans Le Devoir, le 23 octobre 1986.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil – *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger – *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon – *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout – *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx – *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry – *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux – *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau – *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan – *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann – *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost – *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard – *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau – *Community – Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien – *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. – *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin – *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. – *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*

Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*

Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*

Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*

Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin – *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger – *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont – *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault – *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx – *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron – *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon – *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista – *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville – *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge – *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy – *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"